



HOITAJIEN OSAAMINEN RAI-ARVIOINNIN TULOSTEN HYÖDYNTÄMISESSÄ SOTKAMON KOTIHOIDOSSA

Koulutusala			
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma			
Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t)			
Emma Karppinen ja Laura Lukkari			
Työn nimi			
Hoitajien osaaminen RAI-arvioinnin tulosten hyödyntämisessä Sotkamon kotihoidossa			
Päiväys	9.4.2015	Sivumäärä/Liitteet	37/4
Ohjaaja(t)			
Merja Jokelainen ja Annikki Jauhiainen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)			
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä/ Sotkamon kotihoito			
Tiivistelmä			
<p>Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista on säädetty muun muassa parantamaan iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita ja yksilöllisiä sosiaali- ja terveyspalveluita. RAI-arviointijärjestelmä eli <i>Resident Assessment Instrument</i> on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hyväksymä kansainvälinen arviointi- ja seurantaohjelma, jota voidaan käyttää hyödyksi arvioiessa iäkkään toimintakykyä eri osa-alueilla. Laadukkaalla arvioinnilla voidaan mahdollistaa yksilöllisempien hoito- ja palvelusuunnitelmien tuottaminen.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä järjestettiin toiminnallinen opetustilaisuus hoitajien osaamisesta RAI-arviointien tulosten hyödyntämisestä. Opinnäytetyön tavoitteena oli syventää hoitajien RAI-osaamista ja arvioinnista saatavien tulosten hyödyntämistä. Tavoitteena oli myös kehittää hoitajien ennaltaehkäisykykyä, kun he näkevät arvioinnin tuloksista asiakkaan toimintakyvyn voimavarat ja riskitekijät.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä, joka sisältää raportin ja toiminnallisen osuuden eli opetustilaisuuden. Opinnäytetyöraporttiin kerättiin teoreettista tietoa RAI-arviointijärjestelmästä, iäkkään ihmisen toimintakyvystä ja RAI-arvioinnin mukaan laitoshoidon joutumisen uhkalle altistavista tekijöistä, joka on RAI-arvioinnin yhteenvedon yksi osa-alue. Tämän osa-alueen kautta käsitelimme aiheita opetustilaisuudessa. Opetustilaisuudessa käytetty materiaali koostui raportissa olevan kirjallisuustiedon ja neljän kotihoidon asiakkaan RAI-arviointien pohjalta. Opetustilaisuudesta valmistuneet tuotokset ja hoitajien siitä kokemaa hyötyä on käsitelty tässä opinnäytetyössä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla muun muassa selvittää onko RAI-arviointien tulosten hyödyntäminen lähtenyt kehittymään Sotkamon kotihoidossa.</p>			
Avainsanat			
Toimintakyky, RAI-arviointi, kotihoito, hoitotyö			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Emma Karppinen and Laura Lukkari			
Title of Thesis The nurses' knowledge of utilizing the RAI-results in Sotkamo home care			
Date	9.4.2015	Pages/Appendices	37/4
Supervisor(s) Merja Jokelainen and Annikki Jauhiainen			
Client Organisation /Partners Kainuu Social and Health Care Joint Authority/Sotkamo Home Care			
<p>Abstract</p> <p>The law on supporting elderly people's ability to function as well as the law on elderly people's social and health care services has been passed, inter alia, to improve the elderly peoples' access to high quality and individual social and health care services. The RAI-assessment system- or <i>Resident Assessment Instrument</i>- is an international evaluation and monitoring system approved by National Institute for Health and Welfare. It can be used for the benefit of estimating the functional capacity of the elderly in different sectors. The high-quality evaluation enables the production of a more individual care and service plan.</p> <p>For this thesis, a functional event for the nurses about their knowledge of utilizing the results of RAI-assessment was arranged. The aim of the thesis was to deepen the nurses' RAI-knowledge and exploitation of the RAI-results. The aim was also to develop the nurses' ability of prevention when they see the client's functional capacity resources and risks in the results of the evaluation.</p> <p>The thesis was carried out as a development work, which contains both the report and the functional part, i.e. the teaching event. The report of the thesis consists of theoretical knowledge of the RAI-assessment, the functional capability of the elderly and those factors, which according to the RAI-assessment predispose the elderly to the threat of institutional care. This is one division of the RAI-assessment. By this division we discussed the topic in the teaching event. The material used in the teaching event consisted of the literature used in the report and of four home care client RAI-evaluations. The outcomes of the teaching event and the nurses' experience are discussed in this thesis. A further research topic could be for instance to find out whether the use of the RAI-assessment results has been developing in Sotkamo home care.</p>			
<p>Keywords Functional capability, RAI-assessment, Home Care, nursing</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	IKÄÄNTYMINEN JA TOIMINTAKYKY	8
2.1	Vanhuspalvelulaki	8
2.2	Toimintakyky ja sen mittaaminen	10
3	RAI-ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ.....	11
3.1	RAI-järjestelmän käyttö kotihoidossa	11
3.2	RAI kotihoidon asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnissa	12
4	CAP4-MITTARI ELI LAITOSHOITON JOUTUMISEN UHKA	14
4.1	Aikaisempi pitkäaikaishoito	14
4.2	Ulkoilun merkitys toimintakykyyn	14
4.3	Virtsankarkailu	15
4.4	Yleisimmät neurologiset diagnoosit iäkkäillä	15
4.5	Muutoksen huomioiminen toimintakyvyssä	16
4.6	Päivittäisten toimintojen huonontuminen	17
4.7	Äkillinen tai uusi tilanne tai muutos henkisissä toiminnoissa	17
4.8	Aterioiden valmistamisen ja ostoksilla käynnin loppuminen	18
5	SOTKAMON KOTIHOITO	19
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄ.....	21
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	22
7.1	Opetustilaisuudessa käytetyt menetelmät	22
7.2	Opetustilaisuuden suunnittelu ja toteutus	23
7.3	Opetustilaisuuden tuotokset	24
8	POHDINTA.....	27
8.1	Opinnäytetyöprojektin vaiheita	27
8.2	Opetustilaisuuden menetelmien ja tuotosten pohdinta.....	28
8.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	29
8.4	Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kehitys	30
8.5	Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheet	31
	LÄHTEET	32

LIITE 1: TOIMINTAKYKYMITTAREITA	38
LIITE 2: TUTKIMUSLUVAT	39
LIITE 3: SUUNNITELMA OPETUSTAPAHTUMASTA	41
LIITE 4: ASIAKAS-CASET	42

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön 2.12.2013 julkaisemassa verkkouutisessa kerrotaan uusista toimenpiteistä, jotka noudattavat tulevaa uudistettua vanhuspalvelulakia (STM 2013). Uusi laki velvoittaa kuntia vähentämään laitoshoitopaikkoja ja lisäämään avohoidon palveluita, kuten kotihoidon palveluja. Muutoksen on laskettu pienentävän kuntien menoja 300 miljoonaa euroa. Toimia pyritään suunnittelemaan keinoilla, joilla laitoshoidon väheneminen ei vaikuta asiakkaiden terveyden- ja hyvinvoinnin määrään. (Kuusisto & Kauppinen 2013.)

Yksilötasolla vanhuspalvelulaki edellyttää hoitajia selvittämään ja suunnittelemaan iäkkäiden ihmisten palvelutarpeet monipuolisesti, jotta palvelu- ja hoitosuunnitelmat vastaisivat heidän toimintakykyään parhaalla mahdollisella tavalla. Palvelutarpeen selvittämisessä käytetään apuna erilaisia toimintakykyä kuvaavia mittareita. (Kuusisto & Kauppinen 2013.) Näistä yksi on RAI-arviointijärjestelmä eli *Resident Assessment Instrument*. Opinnäytetyön toimeksiantajalla, Sotkamon kotihoidolla, RAI-arviointijärjestelmä on ollut käytössä vuodesta 2008 alkaen. Teimme gerontologisen hoitotyön ja kotihoidon harjoittelun Sotkamon kotihoidossa syksyllä 2014, jossa vanhuspalvelupäällikkö Pirkko Hyvönen toi ilmi tarpeen kehittää yksikön hoitajien RAI-osaamista. Kehittämistarve koski erityisesti RAI-arviointien tulosten hyödyntämisaamista esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa ja käytännön työssä. RAI-arviointijärjestelmä on suuri kokonaisuus, joten saimme toimeksiantajan hyväksynnän valita yhden osion RAI:sta, jonka kautta avaamme aihetta kotihoidon hoitajille.

RAI-järjestelmä on Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen hyväksymä kansainvälinen arviointi- ja seuranta-järjestelmä. RAI:lla arvioidaan hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Tietopohja koostuu standardoidusta tiedosta, johon tarvittavien kysymysten tekoon on osallistunut useita maita mukaan lukien Suomi. RAI:lla voidaan arvioida iäkkäiden, vammaisten ja psykiatrinen potilaiden palvelutarvetta. Arviointimenetelmä tehdään tietokoneella, joka sisältää useita eri mittareita, jotka ovat välittömästi ammattilaisten käytettävissä. (THL 2014.) Suomen kotihoidon yksiköissä käytetty RAI sisältää MDS-HC:n eli *Minimum Data Set for Home-Care* -kysymyssarjan, CAPs-järjestelmän (*Client Assessment Protocols*) ja kotihoidon käsikirjan (Finne-Soveri, Itkonen, Noro, Björkgren & Vähäkangas 2006, 29). RAI:sta saatua tietoa käytetään hyödyksi hoito- ja palvelusuunnitelman teossa (THL 2014).

Valitsimme kehitettäväksi osa-alueeksi RAI:n CAPs-järjestelmästä kohdan CAP4 eli Laitoshoitoon joutumisen uhkan. CAPs-järjestelmä koostaa RAI-arviointiin syötetyistä asiakkaan tiedoista yhteenvedon, jonka kautta hoitaja pystyy näkemään, millä elämän osa-alueella asiakkaalla on toimintakyvyn heikkouksia. Tällaisia toimintakyvyn heikkouksia esiintyy esimerkiksi terveydentilassa, toimintakyvyssä, sosiaalisessa verkostossa ja toimintaympäristössä.

Opinnäytetyön aihe on valittu sen ajankohtaisuuden vuoksi. Laitospaikkoja vähennetään koko ajan, ja iäkkäille pyritään järjestämään hoitoa mahdollisimman pitkään kotona. Opinnäytetyön tarkoitus on järjestää opetustilaisuus Sotkamon kotihoidon työntekijöille asiakkaiden RAI-arviontitulosten hyödyntämisestä esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Case-pohjaisten asiakasesimerkkien avulla havainnollistetaan, miten RAI-arvioinnin tuloksia voi hyödyntää asiakkaan hoitoa suunnitellessa. Asiakasesimerkkejä hyödynnetään pienryhmissä tapahtuvassa opetustilaisuudessa, jossa osallistujat koostavat ohjattuna tietoja ja syventävät osaamistaan. Opinnäytetyöllä pyritään antamaan hoitajille keinoja havainnoida RAI:n osa-alueisiin liittyviä asioita ja puuttua niihin. Tämän avulla voidaan mahdollisesti ehkäistä iäkkään laitoshoidon joutumisen uhkaa.

2 IKÄÄNTYMINEN JA TOIMINTAKYKY

Toimintakyvyllä tarkoitetaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien yhteyttä ihmiseen kohdistuviin odotuksiin. Toimintakyvyn arvioinnissa arvioidaan mahdollisuuksia toimia ja elää toivottuja odotuksia vastaavalla tavalla. Toimintakykyyn panostamisen tärkeydestä kertovat muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön strategiat, joissa työ- ja toimintakyvyn edistäminen on etusijalla. Strategian tavoitteena on lisätä toimintakykyisiä elinvuosia työikäisille ja vähentää paineita vanhustenhuollon järjestämisessä. Lisäksi laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tavoittelee samoja asioita. (Lehto 2004, 18–21.)

2.1 Vanhuspalvelulaki

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista astui voimaan 1. heinäkuuta 2013. Laki tunnetaan paremmin niin sanottuna vanhuspalvelulakina, jota alettiin suurimmaksi osaksi noudattaa sen voimaantumispäivänä. Kokonaisuudessaan laki pantiin täytäntöön 1. tammikuuta 2015. Lain painopiste on sosiaalihuollossa, ja samalla se täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon muuta lainsäädäntöä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista L 2012/980.) Laissa keskeisiä sisältöjä ovat muun muassa palvelutoimintaa ohjaavat periaatteet, palvelutarpeen selvittäminen, palvelusuunnitelman laatiminen, asiakasta koskevat päätökset, hyvinvointia edistävät palvelut, vastuutyöntekijä ja tämän asiantuntemus, suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi sekä omavalvonta (Virnes 2013). Vanhuspalvelulain tarkoitus on määritelty laissa seuraavasti:

1 § Lain tarkoitus

Lain tarkoituksena on:

- 1) tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista;*
- 2) parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa;*
- 3) parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää; sekä*
- 4) vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.*

(Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista L 2012/980, 1 §.)

Laitospaikkojen vähentäminen lähivuosien aikana on yksi vanhuspalvelulain tavoitteista. Tavoitetta edistetään tukemalla iäkkäiden kotona asumista, missä kotihoidolla on iso rooli. Lain mukaan iäkkään pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoshoitopaikoissa vain, jos hoitopaikan saamiseen löytyy lääketieteelliset perusteet. Poikkeuksia voidaan tehdä, jos laitoshoidon on muutoin perusteltua. Ensisijainen vaihtoehto on aina iäkkään yksityiskoti tai palvelutarpeen vaatiessa muu kodinomainen asuinpaikka. Tärkeää olisi, että iäkäs näkee elämänsä arvokkaana ja merkityksellisenä ja voisi kokea olonsa turvalliseksi. Lain ensimmäisessä pykälässä mainittujen seikkojen, kuten esimerkiksi toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen, täytyy myös toteutua iäkkään asuinpaikasta riippumatta. Niin ikään avio- ja avopuolisoilla on oikeus asua yhdessä, ja kunnan tulisi valvoa tämän oikeuden toteutumista. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista L 2012/980.)

Lain mukaan iäkkään palvelutarpeen selvitys on aloitettava viipymättä yhteydenotosta. Selvitys tehdään luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Monipuolisessa toimintakyvyn arvioinnissa työntekijän on huomioitava iäkkään psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja kognitiiviset voimavarat, jotta todellinen palvelutarve selviää. Selvityksessä on suositeltavaa hyödyntää omaisilta tai mahdolliselta edunvalvojalta saatua tietoa. Ennen kaikkea iäkkään omia mielipiteitä ja ajatuksia on kuunneltava, jotta arvio olisi kokonaisvaltainen. Laaja-alaisen selvityksen jälkeen iäkkäälle on laadittava palvelusuunnitelma, ja sen laatiminen on kunnan vastuulla.

Palvelusuunnitelma on kooste iäkkään toimintakyvyn arvioinnin tuloksista ja yhteisistä päätöksistä palvelutarpeen laajuudesta. Palvelusuunnitelma tehdään hyvän hoidon turvaamiseksi, ja suunnitelmaan on kirjattava iäkkään näkemykset palvelujen kokonaisuudesta ja vaihtoehtoista. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista L 2012/980.) Palvelusuunnitelman toteutumista ja siihen tarvittaessa tehtäviä muutoksia valvoo vastuutyöntekijä, joka on kunnan iäkkäälle henkilölle nimeämä terveydenhuollon- tai sosiaalihuollon ammattilainen. Vastuuhenkilön tehtävä on auttaa ja neuvoa iäkästä sekä tarpeen vaatiessa olla yhteydessä muihin terveys- ja sosiaalipalveluihin. Kunta käsittelee iäkkään hakemat palveluhakemukset joko kiireellisinä tai kiireettöminä ja antaa niistä viipymättä päätöksen. Takaraja kiireettömien päätösten saamiseen on kolme kuukautta, jolloin iäkkään tulee viimeistään saada hänelle myönnetty palvelut. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista L 2012/980.) Kiireellisissä tapauksissa iäkkään täytyy saada hakemansa palvelut ”viipymättä siten, ettei iäkkään henkilön oikeus välttämättömään huolenpitoon vaarannu” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista L 2012/980, § 18).

Kunta on velvollinen järjestämään hyvinvointia edistäviä palveluja, kuten esimerkiksi vastaanotto- toimintaa ja kotikäyntejä. Palveluilla pyritään nimensäkin mukaisesti edistämään iäkkäiden terveyttä ja hyvinvointia. Muistisairaat, omaishoitajat ja läheisen äkillisesti menettäneet iäkkäät henkilöt kuuluvat niin sanottuun riskiryhmään, joka erityisesti on hyvinvointia edistävien palvelujen tarpeessa. Kaikkien ikääntyvien saatavilla täytyy tämän lain 12. pykälän perusteella saada neuvontapalveluja, jotka tukevat iäkkäitä muun muassa itsenäisessä suoriutumisessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä.

Jokaisessa kunnassa on hyvinvointia edistävien palvelujen lisäksi tehtävä kirjallinen suunnitelma siitä, miten ikääntynyttä väestöä tuetaan kunnassa. Tätä suunnitelmaa kutsutaan omavalvontasuunnitelmaksi. Toimenpiteitä, jotka edistävät kuntoutumista ja kotona asumista, on painotettava suunnitelmassa. Kunnanvaltuusto hyväksyy suunnitelman, joka täytyy tarkistaa jokaisena valtuustokaute-
na. Huomioon tulee ottaa myös omaishoito ja sen kehittäminen. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista L 2012/980.)

2.2 Toimintakyky ja sen mittaaminen

Toimintakykyä voidaan ajatella joko toiminnanvajauksina ja jäljellä olevana toimintakykynä tai ihmisen voimavaroina. Maailman terveysjärjestön ICF-luokituksessa, eli International Classification of Functioning, Disability and Health, vanhusen kokemaan terveydentilaan vaikuttaa olennaisesti se, miten he kokevat selviävänsä jokapäiväisessä elämässä. Kehon toiminnot ja rakenteet, kuten fysiologiset muutokset ja sairaudet, vaikuttavat toimintaan, samoin kuin sosiaalinen osallistuminen. Ympäristö- ja yksilötekijöillä on vaikutusta siihen, miten kehon toiminta ja osallistuminen muuttuvat. Sairaus voi heikentää kehon toimintaa, mutta ympäristötekijät voivat tukea sitä samalla. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 60–61.)

Toimintakyky jaetaan yleisimmin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn tai varsinkin ikääntyneistä ihmisistä puhuttaessa fyysiseen, kognitiiviseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn. Kun toimintakykyä arvioidaan, otetaan huomioon yleinen toimintakyky, jonka selvittämiseksi tarvitaan tietoa päivittäisistä perustoiminnoista (BADL eli Basic Activities of Daily Living), vaativammista itsenäisen elämän toiminnoista (IADL eli Instrumental Activities of Daily Living) ja sosiaalisiin suhteisiin ja toimintoihin liittyvistä asioista (AADL, Advanced Activities of Daily Living). (Lyyra & Tiikkainen 2009, 61.) Näistä toiminnoista on tehty toimintakyvyn arviointimittari, jossa pisteet kuvaavat toisilta ihmisiltä tarvittavan avun määrää. Arvioitavia toimintoja ovat peseytyminen, wc-toiminnot, pukeutuminen, pida-
tyskyky, liikkuminen kodissa ja ruokailu. Myös välineellisten toimintojen avuntarve pisteytetään. Näitä ovat muiden muassa kaupassa käynti, puhelimen käyttö, ruuanvalmistus, kodin hoitaminen, kulkuvälineillä liikkuminen ja raha-asioista ja lääkkeistä huolehtiminen. Kysymyksiin vastaa yleensä omainen tai hoitaja, ja riittäväillä tuloksilla voi hakea Kansaneläkelaitokselta C- ja B-lausuntoja iäkkään hoitoa varten. Asteikon heikkous on sen vajavainen kyky huomata alkavaa tai lievää dementiaa. (Toimintakyvyn arviointi: Käypä hoito-suositus 2006.)

Toimintakyvyn arviointiin on olemassa useita erilaisia mittareita, joilla voidaan arvioida toimintakyvyn osa-alueita. Tämän opinnäytetyön taulukossa (liite 1) on lueteltu yleisimpiä käytössä olevia toimintakykymittareita ja niiden kykyä arvioida ihmisen toimintakykyyn vaikuttavia asioita. Kuten taulukosta käy ilmi, jotkut toimintakykymittarit mittaavat vain tiettyä toimintakyvyn osa-
aluetta, ja tällöin laaja-alaisemman arvion saamiseksi täytyy käyttää useaa eri mittaria. Kattavimman arvioinnin saamiseksi on suositeltavampaa käyttää esimerkiksi RAI- tai RAVA-arviointimittareita, joissa yhdistyy useita eri osa-alueita. (STM 2006.)

3 RAI-ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ

RAI eli *Resident Assessment Instrument* on Yhdysvalloissa 1980-luvun lopussa kehitetty mittari vanhus- ja pitkäaikaishoidon laadun seurantaan. Järjestelmään liitettiin osia, joilla pystyttiin arvioimaan asiakkaan hoitoaika, hoitoon tarvittava osaaminen ja asiakkaisiin perustuva maksujärjestelmä. Laitoshoidossa käytetty RAI koettiin hyväksi kansainvälisellä tasolla, ja eri hoito- ja palvelumuotoja varten kehitettiin omat RAI-järjestelmät, joista kaikista löytyy sama perusrakenne sekä palvelumuodolle omat erikoiskysymyksensä. Tutkijaorganisaatio interRAI© on vuodesta 1990 toiminut RAI:n kehittäjänä. (Finne-Soveri, Noro, Björkgren & Vähäkangas 2006, 24–25.) Organisaatio on voittoa tavoittelematon, ja se on edustettuna yli 30 maassa (Kuva 1).

interRAI Members and Activities



KUVA 1. InterRAI Member and Activities (THL 2013.)

3.1 RAI-järjestelmän käyttö kotihoidossa

Kotihoidon RAI eli *Home Care Assessment* (HC) on kehitetty vuonna 1994. Kotihoidon RAI soveltuu kroonisesti sairaan ihmisen toimintakyvyn arviointiin ja jälkiakuutteihin tilanteisiin, esimerkiksi sairaalasta kotiutumiseen tai kotisairaalatilanteisiin. Kohdeasiakkaita ovat vanhat ihmiset, jotka vamman tai sairauden vuoksi tarvitsevat tai jo vastaanottavat terveydenhuollon palveluita tai muita tukimuotoja. (InterRAI 2014.)

Hoidon suunnittelussa kotihoidon RAI koostaa eri skaaloista asiakkaan hoidon tarpeet. Näitä osioita ovat päivittäiset toiminnot, kognitio, kommunikaatio, kipu, masennus ja lääkityksen epävakaus. (InterRAI 2014.) RAI muodostuu kolmesta eri osatekijästä: kysymyslomakkeesta, hoitosuunnitelman apuvälinelistasta ja palvelumuodon käsikirjasta. Kysymyssarjan nimi on *Minimum Data Set*, ja palve-

lumuodon tunnistaa sen perässä olevista kirjaimista. Kotihoidossa on käytössä MDS-HC 2,0 eli *Minimum Data Set for Home Care 2,0*. MDS-kysymyssarja selvittää asiakkaan tarpeet, ja käsikirjasta löytyvät vastausohjeet kysymyksiin, jotta hoitajat ymmärtävät kaikki kysymykset samalla tavalla. (Finne-Soveri ym. 2006, 26–27.)

CAPs eli *Client Assessment Protocols* on hoitotyön apuväline, joka perustuu tunnistimiin, jotka tunnistavat asiakkaan terveydentilaan, toimintakykyyn, sosiaaliseen verkostoon ja toimintaympäristöön vaikuttavia osa-alueita. CAPs auttaa hoitajaa ja työtiimiä tunnistamaan asiakkaan voimavarat ja tarpeet. Näitä tietoja hyödynnetään hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa ja työyhteisössä sovittun ajan jälkeen asiakkaan uudelleen arvioinnissa. CAPs-järjestelmässä on 30 osa-aluetta, joiden alaryhmät perustuvat yksittäisiin kysymyksiin tai niiden yhdistelmiin. Tunnistin aktivoituu, jos ongelma tai ilmiö on olemassa, ja jos se ei aktivoitu, ilmiötä ei ole. Molemmista tapauksista tunnistimet osoittavat asiakkaan vahvuuksia ja voimavaroja, jotka auttavat hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Pääongelmien hahmottaminen on tunnistimia läpikäydessä olennaista, sillä ongelmat voivat olla toisiaan sivuavia, sisäkkäisiä tai syy–seuraus-suhteessa. (Finne-Soveri & Vähäkangas 2006, 33–37.)

3.2 RAI kotihoidon asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnissa

Ensimmäinen RAI-arviointi tapahtuu, kun asiakas tulee kotihoidon piiriin. Arviointi on tehtävä 14 päivän kuluessa yhteydenotosta. Sitä työestetään moniammatillisen hoitotyön tiimin sekä asiakkaan, hänen puolisonsa, omaisten ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa yhteistyössä. RAI-arviointijakso kotihoidossa on noin viikko. Tänä aikana asiakkaan vastuuhoidajaksi valittu hoitaja keskustelee, haastattelee ja havainnoi asiakasta yhteistyössä hoitotyön tiimin kanssa sekä päivittäin kirjaa asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavia asioita. Vastuuhoidajan tehtävä on kirjata saadut tiedot RAIsoft-ohjelmistoon. Ohjelmisto tuottaa tietoa henkilön suoriutumisen tasoista psyykkisellä, fyysisellä ja sosiaalisella alueella sekä ilmoittaa henkilön riskitekijät, joita voivat olla esimerkiksi kuivuminen ja kaatuilu. (Finne-Soveri ym. 2008, 11; Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012.) Palvelutarvetta selvitetään näitä CAPs-järjestelmän tuottamia tietoja hyödyntämällä. Vastuuhoidaja näkee järjestelmästä asiakkaan aktivoituneet ongelmat toimintakyvyssä ja inaktiiviset voimavarat, joiden perusteella hoito- ja palvelusuunnitelma voidaan laatia asiakkaan yksilöllisiä tarpeita huomioiden. (Finne-Soveri & Vähäkangas 2006, 33–37.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa toteutettaessa käytetään kuntouttavaa työtettä, jolla pyritään osallistamaan asiakasta hänen omaan hoitoonsa mahdollisimman paljon. Tällä tavoin hoitaja tukee asiakkaan voimavaroja. Hoidon tuloksia seurataan, ja niitä kirjataan potilastietojärjestelmään. Uusi RAI-arviointi tehdään puolivuositain. Asiakkaan voinnin tai olosuhteiden muuttuessa oleellisesti huonompaan tai parempaan arviointi tulee toteuttaa 14 vuorokauden sisällä. (Vähäkangas, Lindman & Uusitalo 2005, 153–155.) Asiakkaan omatoimisuutta ja elämänlaatua parantaakseen hoitajan tulee tarkasti perehtyä asiakkaan taustatietoihin ja aktivoituneisiin CAPs-tunnisteisiin. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan on hyvä asettaa tavoitteita heti alkuvaiheessa, jotta hoidon tulosten arviointi olisi helpompaa. (Finne-Soveri & Vähäkangas 2006, 34–35.) Hoitotyön tarpeita, tavoitteita, auttamiskei-

noja ja muutoksia, joita hoitotyöhön tarvitaan, käytetään arvioinnin kohteena hoitosuunnitelmassa. Asiakkaan voinnin muutosta hoitaja voi vertailla atk-ohjelmiston vertailutoiminnon avulla pylväsdia-grammeina tai taulukkoina. Tulosten perusteella tehdään tarvittavia muutoksia suunnitelmaan tai tarvittaessa uusi suunnitelma. RAI-arviointi ja reaaliaikainen hoitosuunnitelma ohjaavat hoitajia seuraamaan asiakkaan tilaa ja kirjaamaan siitä oleellisia asioita. (Vähäkangas, Lindman & Uusitalo 2005, 154–155.)

Tärkeää on huomioida, että asiakas itse saa osallistua häntä koskeviin päätöksiin ja sosiaalinen tuki-verkko eli omaiset ovat päätöksissä myös mukana. Ennaltaehkäisyn näkökulmasta niille asiakkaille, joilla toimintakyky on vasta alkanut huonontua ja kognitiivisia voimavaroja on vielä jäljellä, tulisi tehdä kuntoutussuunnitelmat. Suunnitelman laatiminen vaatii kuitenkin asiakkaalta mahdollisuutta ja halua kuntoutua ja hoitajalta kannustavaa suhtautumista. (Finne-Soveri & Vähäkangas 2006, 33–37.)

4 CAP4-MITTARI ELI LAITOSHOITON JOUTUMISEN UHKA

Kahdeksasta osa-alueesta koostuva CAP4-mittari (Laitoshoitoon joutumisen uhka) on osa 30-kohtaista CAPs-järjestelmää. Seuraavan kolmen kuukauden aikana iäkkäällä ihmisellä on suhteellisen korkea riski joutua laitoshoidon, mikäli neljä tai useampi seuraavissa kohdissa esitetyistä riskitekijöistä ilmenee. Nämä kahdeksan riskitekijää ovat RAI-arvioinnissa muiden osa-alueiden alaisuudessa, mutta jos ne aktivoituvat näissä osa-alueissa, ne yhdessä muodostavat laitoshoidon joutumisen uhkan CAPs-yhteenvedossa. (Heikkilä & Lindman 2009, 4.)

4.1 Aikaisempi pitkäaikaishoito

Koti ja laitoshoido poikkeavat iäkkään toimintaympäristöinä toisistaan hyvin paljon. Hyvä hoidon turvaaminen laitoksessa on haastavaa, ja sen laatua määrittävät paljon henkilökuntaresurssit ja hoitoympäristö. Haasteellisuutta tuo kiire ja sen puitteissa yksilöllisen hoidon toteutuminen. Voimavara-lähtöisessä hoitamisessa vanhus saa vain sellaista apua, jota todella tarvitsee, ja siinä auttamisen lähtökohtana ovat hoitajan riittävät tiedot potilaasta. Omaiset ovat laitoshoidossa olevan potilaan voimavara, koska he tietävät hänen historiansa ja ovat siten sekä asiakasta osallistavia toimijoita että tämän puolestapuhujia. (Voutilainen ym. 2006, 117–120.)

Usein moniongelmaisilla asiakkailla on takanaan useita sairaalajaksoja, joilla yrityksiä löytää sopiva hoito on tehty, mutta pysyviä hoitotuloksia ei ole kuitenkaan saavutettu. Jaksolla on havaittu, että asiakas oppii avuttomuuteen, ja sen takia passiivisuus ja aloitekyvyttömyys lisääntyvät. Asiakkaalla ei välttämättä ole voimavaroja opitun avuttomuuden muuttamiseen hoitojaksolta kotiin palatessa. Asiakkaan aikaisempi pitkäaikaishoito viimeisen 90 vuorokauden aikana nostaa CAPs-yhteenvedossa laitoshoidon joutumisen uhkan riskiä. (ks. Hupli 2004, 360–361.)

4.2 Ulkoilun merkitys toimintakykyyn

Toimintakyvyn heikentyessä ulkona liikkuminen vähenee, mutta tarve liikkumiselle ja ulkoilulle kuitenkin säilyy. Liikunnalla on paljon positiivisia vaikutuksia: esimerkiksi lihasvoima ja tasapaino kehittyvät ja mieli virkistyy ulkona liikkumisesta. Ulkoilemalla iäkkäät voivat pitää sosiaalisia suhteita yllä, mikä vähentää yksinäisyyden tunnetta. Lisäksi iäkäs kykenee hoitamaan omia asioitaan, ja riippuvuus palveluihin vähenee. Iäkkäiden ulkona liikkumista tulisi tukea, koska se on osa laajempaa terveyden edistämistä. Ohjausta ja neuvoja tulisi antaa apuvälineiden käyttöön (kävelysauvat, liukuesteet, jääpiikit), jotta liikkumisen kynnys madaltuisi. Iäkkään elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja toimintakykyä on mahdollista edistää ulkoilulla. (Ikäinstituutti 2008.)

Jokaiselle iäkkäälle tulisi laatia suunnitelma, joka sisältäisi yksilökohtaisesti riittävän ja tarpeellisen liikunnan määrän ja muodon. Ehkäisyyn ja hoitoon perustuvat suunnitelmat tulisi laatia kroonista sairautta sairastaville iäkkäille, joille liikunta on terapeutista. Tasapainoa kehittävä liikuntamuoto ennaltaehkäisee kaatumisriskiä. Lisäksi riskiä sairastua kroonisiin sairauksiin, vajaakuntoisuuteen tai epäterveellistä painon nousua voidaan ennaltaehkäistä säännöllisellä liikkumisella. (Tilvis 2009.)

4.3 Virtsankarkailu

Virtsankarkailu on erityisesti keski-ikäisten ja iäkkäiden naisten vaiva, joka heikentää elämänlaatua. Se johtuu usein heikentyneistä lantionpohjalihaksista, joita harjoittamalla vaiva voi parantua. Virtsankarkailua on neljää erilaista tyyppiä. Ponnistusinkontinenssissa virtsaa karkaa ponnistuksen, kuten esimerkiksi yskäisyn, seurauksena pieni määrä. Pakkoincontinenssi tarkoittaa, että virtsa karkaa virtsaamistunteen tullessa tai heti sen jälkeen, ja rakko voi tyhjentyä tällöin kokonaan. Ponnistus- ja pakkoincontinenssin välimuotoa kutsutaan sekamuotoiseksi inkontinenssiksi, ja siinä tyypillistä on molempien muotojen esiintyminen. Ylivuotoinkontinenssissa rakon supistumisvoima on heikentynyt ja virtsa valuu niin sanotusti yli. Tämä voi johtua lantionpohjan laskeutumisesta. Virtsankarkailua ei pidä yleistää ikääntymiseen liittyväksi ilmiöksi, sillä karkailu voi olla yhteydessä pitkäaikaissairauksiin tai lääkitykseen. Virtsanpidätyskyvyttömyys voidaan todeta perusterveydenhuollossa pisteytys- ja haitta-astelomakkeita käyttämällä. (Virtsankarkailu (naiset): Käypä hoito-suositus 2012.)

Virtsankarkailun taustalla voi olla myös muita sairauksia, jotka vaativat hoitoa. Erotusdiagnoosiikka on vaikeaa, sillä esimerkiksi tietyt lääkkeet aiheuttavat pidätyskyvyttömyyttä. Huonontunut liikuntakyky ilman apuvälineitä voi vaikeuttaa wc:hen pääsyä ja edistää virtsankarkailua. Neurologisten sairauksien, kuten selkäytimen sairauksien, MS-taudin ja vammojen yhteydessä on usein virtsaamisen ongelmia, koska myös virtsaamista säätelee neurologinen säätely. (Virtsankarkailu (naiset): Käypä hoito-suositus 2012.)

Miehillä virtsankarkailua esiintyy ikääntyessä, jolloin syy löytyy yleensä rakenteellisista poikkeavuuksista tai häiriö on hermotuksessa. Rakenteellinen häiriö voi johtua esimerkiksi eturauhasen liikakasvusta, jolloin virtsan tulo vaikeutuu, mikä johtaa ylivuotovirtsankarkailuun. Monilla lääkkeillä kuten diureeteilla eli nesteenpoistolääkkeillä on vaikutusta virtsarakon toimintaa säätelevään sympaattiseen hermostoon. (Saarelma 2014.)

4.4 Yleisimmät neurologiset diagnoosit iäkkäillä

Tärkein pitkäaikaishoitoon johtava oireyhtymä on nykyisin muistisairaus. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen dementia ja Lewyn kappale -tauti. Alzheimerin tauti alkaa tyypillisesti lähimuistin heikentymisellä ja uusien asioiden oppimisen vaikeutena (Juva 2014). Muita taudin oireita ovat etukumara asento, hitaus ja jäykkyys. Aliravitsemustakin voi esiintyä. Verisuoniperäisessä dementiassa liikuntakyvyn heikentyminen tapahtuu yleensä nopeammin kuin Alzheimerin taudissa. Muita oireita ovat töpöttelevä kävelytyyli, lihasjäykkyys, spastisuus ja käytösoireet. Lewyn kappale -taudissa potilaan kognitiivinen taso on heikentynyt. Vähintään kaksi seu-

raavasta kolmesta oireesta esiintyy myös tässä taudissa: yksityiskohtaiset näköharhat, karkea lepovapina tai kävelyhäiriö (ekstrapyramidaalioireita) sekä nopea vaihtelu vireystasossa ja oireissa. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 82–96.) Keski- ja vanhuusiän sairautena tunnetulla Parkinsonin taudilla on heikentävä vaikutus henkilön toimintakykyyn. 50–70 vuotta on tavallisin taudin alkamisikä; tauti puhkeaa vain harvoin ennen 40 vuoden ikää. Lepovapina, jäähmettyminen, lihaksiston jäykkyys, liikkeiden hidastuminen, huimaus, purenta- ja nielemisvaikeudet sekä ummetus ja rakon toimintahäiriöt ovat yleisiä oireita. Oireet altistavat henkilön muun muassa kaatumisille, aliravitsemukselle, liikuntakyvyn huonontumiselle ja yleisen toimintakyvyn alentumiselle. (Ahonen ym. 2012, 382–383.) Yleensä infektio sekä psyykkinen ja fyysinen stressi pahentavat parkinsonin taudin oireita. Asiakkaan toimintakyky palautuu ennalleen, kun pahentava tekijä on hoidettu. (Färkkilä 2004, 245.)

Epäily muistisairaudesta alkaa toisinaan vasta toimintakyvyn heikentyessä. Tällöin diagnoosi on yleensä tehty valitettavan myöhään. Tavoitteena on tunnistaa ja diagnosoida muistisairaudet, ennen kuin dementiatasoinen häiriö kehittyy ja potilaalle on siitä toiminnallista haittaa. (Juva 2014.) Säännöllisellä liikunnalla ja fysioterapialla voi ennaltaehkäistä motorisia oireita. Lisäksi liikeratojen ylläpitäminen, venyttely ja kävely edesauttavat kävelykyvyn säilymistä. Kävelykyvyn hävittyä on suuri riski joutua vuodepotilaaksi. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 82–96.)

4.5 Muutoksen huomioiminen toimintakyvyssä

Hoitajan pitää osata havainnoida asiakkaansa toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia ja reagoida niihin mahdollisimman pian (ks. 3.2 RAI hoidon tarpeen arvioinnissa). Toimintakyvyn selkeä huonontuminen viimeisen 90 vuorokauden aikana katsotaan altistavan asiakkaan laitoshoidon uhkalle. Sairaus tai sen eteneminen on yleensä todennäköisin syy toimintakyvyn heikkenemiseen. Geriatrien arviointi ja kuntoutus ovat aina tarpeen komplisoituneista akuuttitilanteista toipuville. (Lönnsroos 2008, 282–283.) Geriatrien arvioinnin tekee geriatrien tiimi, johon kuuluu lääkäri, hoitaja, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Geriatrien arviointi sisältää neljä osa-aluetta, joita ovat lääketieteellisyys, mielenterveys, toimintakyky ja sosiaalinen verkosto. (Jäntti 2014.) Jos syytä toimintakyvyn heikkenemiseen ei löydetä eikä siten sopivaa hoitolinjaakaan, geriatrien arviointi täytyy silti tehdä ja kuntoutus aloittaa. Iäkkään ollessa siinä kunnossa, että ainoa vaihtoehto on enää laitoshoido, huomataan, että tilanne ja syy ovat jääneet selvittämättä ajallaan. Haittojen kompensointi on myös tyypillistä syiden selvittelyn ja korjaamisen sijaan. Yleensä kaatumiset ovat seurausta liikuntakyvyn heikentymisestä. Iäkäs pyrkii välttämään kaatumisia vähentämällä liikkumista, mikä johtaa lihasvoiman heikentymiseen. Laitoshoidon uhka voi ennen aikaistua, jos hoitajan reaktio iäkkään tilanteeseen on vain tukipalvelujen lisääminen. (Lönnsroos 2008, 282–283.)

Iäkkään ihmisen toimintakyvyn lasku tulee huomata ja siihen tulee puuttua riittävän ajoissa. Asteittain tapahtuva heikkeneminen karsii ensimmäisenä pois iäkkään harrastustoiminnan, ja kaupassa käyminen ja taloustöiden tekeminen vaikeutuu seuraavaksi. ADL-vajeet eli *Activities of Daily Living* ilmenevät lopussa. (Syväoja 2010b, 812.) ADL-vajeita käsitellään tässä opinnäytetyössä jäljempänä.

Potilaan hyvää hoitoa ja sen jatkuvuutta edistetään hoitotyön kirjaamisella. Potilasturvallisuutta voidaan edistää sillä, että merkitsemistapa on ohjeistettu henkilökunnalle ja se on yhtenäinen. Hoitovirheille altistaa puutteellinen kirjaaminen, ja se myös vaikeuttaa hoitamista. Hoidon arviointi ja tietojen tarkoituksenmukainen käyttö on haasteellista ilman laadukasta kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisella mahdollistetaan asiakkaan voimien seuranta pitkällä aikavälillä ja sen monipuolinen arviointi. (Saranto & Ensio 2007, 124–125.)

4.6 Päivittäisten toimintojen huonontuminen

ADL kuvaa ihmisen päivittäisten toimintojen sujuvuutta ja näyttää pisteyttämällä päivittäisen avun tarpeen. ADL-toimintoja ovat kotona liikkuminen, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen. RAI-arviointijärjestelmässä arvioidaan näiden lisäksi kokonaisuutta seitsemän vaativamman toiminnon kautta, joita ovat ruuan valmistus, kotitaloustyöt, raha-asoiden hoitaminen, lääkkeitä huolehtiminen, puhelimen käyttö, portaiden nouseminen, ostoksilla käynti ja liikkuminen kulkuvälineillä. RAI-arvioinnissa pisteitä annetaan 0–48 siten, että korkeat pisteet tarkoittavat aina suurempaa avuntarvetta. (InterRAI 2015.)

ADL-pisteet kuuluvat MAPLe_5-mittariin, joka tarkoittaa hoidon ja palvelutarpeen asteikkoa 1–5. MAPLe 3 tarkoittaa esimerkiksi kohtalaista avuntarvetta ja MAPLe 4–5 suurta tai erittäin suurta avuntarvetta. Kun ADL-pisteet ovat enemmän kuin 0, on yleensä syytä tarkistaa asiakkaan kognitiivisesta osiosta saamat pisteet. (Tampere 2013, 9.) Dementoituvalle asiakkaalle on yleensä muistivaikeuksien takia tuen tarvetta jokapäiväisissä toiminnoissa (Syväoja 2010a, 118). ADL-vajeiden syntymistä voidaan ehkäistä kuntouttavalla työotteella, mikä on huomioitu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa (STM 2014). Toimintakykyä edistäviä hoitotyön toimintoja on esimerkiksi henkilön osallistaminen, fyysinen kuntoutus ja motivointi yhdessä sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Kiväkäs & Kallanranta 2004, 376.)

4.7 Äkillinen tai uusi tilanne tai muutos henkisisissä toiminnoissa

Iäkkäällä kognitiivisten kykyjen eli muistin, tarkkaavaisuuden ja tiedonkäsittelyn heikkentyminen sekä masennus haittaavat jokapäiväisistä askareista suoriutumista. Sosiaalisen verkon eli ystävien ja perheen pienuus ja vähäinen sosiaalinen tuki altistavat psyykkisen toimintakyvyn heikentymiselle. Vanhuudessa eteen tulee läheisten kuolemia, sairastumista ja siitä johtuvaa riippuvaisuutta muiden apuun, mitkä kaikki vaikuttavat elämänlaatuun. (Heikkinen 2005.)

Masennuksen oireet iäkkäällä ovat erilaiset verrattuna nuorempiin ihmisiin, ja masennuksen erottaminen muistisairaudesta on vaikeaa. Masennuksen oireita iäkkäällä ovat sairauksien oireista valittaminen, ruokahaluttomuus ja toiminnan hidastuminen. Kiihtyminen ja erilaiset harhaluulot ovat tyyppilisiä. Hoitajan on osattava huomata henkisten toimintojen muutokset. Muistisairaus voi vanhuksella ilmetä aggressiivisuutena tai apaattisuutena, ja hoidettavissa olevia syitä käyttäytymiselle ovat muun muassa matala verenpaine, kipu, tulehdus, turvattuus ja pelot. (Syväoja 2010b, 817–818.)

4.8 Aterioiden valmistamisen ja ostoksilla käynnin loppuminen

Vallan (2008, 59, 70–71) väitöskirjan ”Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona” mukaan täydellistä avun tarvetta kotona asuvat iäkkäät tarvitsevat välineellisten toimintojen suorittamisessa, samoin kuin perustoiminnoissa. Aterioiden valmistaminen ja ostoksilla käynti luokitellaan välineellisten toimintojen luokkaan (IADL). Tutkimukseen osallistujista 66 prosentille kodin ulkopuolella liikkuminen ilman apuja oli mahdotonta. Tutkimuksen mukaan perustoiminnoissa, välineellisissä toiminnoissa, kehittyneissä toiminnoissa ja niiden kokonaisuudessa suoriutumista edisti iäkkään hyvä kognitiivinen tila.

Tilapäisesti tai pysyvästi alentunut toimintakyky on peruste ateriapalvelun saamiseen. Alentuneen toimintakyvyn vuoksi henkilö on kykenemätön valmistamaan ateriaansa tai hankkimaan sitä muualta. Ateriapalvelu on yksi iäkkään tukimuodoista Kainuun Soten alueella. Ostoksilla käynti on kodin ulkopuolella asiointia, joka Kainuussa pyritään järjestämään yksityisellä sektorilla. Yksityistä tukipalvelua tuottavan sosiaalihuollon yrityksen on mahdollista saada asiakkaalle antamansa palvelut ilman arvolisäveroa, kun perusteena on asiakkaan alentunut toimintakyky. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallitus 2014.)

5 SOTKAMON KOTIHOITO

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän vanhuspalveluiden tulosalue muodostuu kolmesta vastuualueesta, joita ovat kotona asumista tukevat palvelut, ympärivuorokautiset hoivapalvelut ja palveluohjaus- ja ostopalvelut. Kotona asumista tukevat palvelut on organisatorisesti jaettu kolmeen palvelualueeseen, jotka ovat Kajaani-Paltamo, Kuhmo-Sotkamo ja Suomussalmi-Hyrynsalmi-Ristijärvi. (Hyvönen 2014b.)

Sotkamon kotihoidossa työskentelee 54 työntekijää. Palvelupäällikkönä Sotkamon ja Kuhmon kotihoidossa toimii Pirkko Hyvönen. Sotkamossa on kaksi palveluesimiestä. Työntekijöinä työskentelee kuusi sairaanhoitajaa, kaksi terveydenhoitajaa, 26 lähihoitajaa ja 12,5 kodinhoitajaa. Usealla kotihoidon työntekijällä on myös kaksoistutkinto, esimerkiksi sairaanhoitaja-sosionomin tai sairaanhoitaja-terveydenhoitajan tutkinto, joka lisää laaja-alaista asiakkaan tarpeista lähtevää osaamista ja työskentelyä. Sisäisiä lähihoitajasijaisia on viisi, ja määrääkasijaisia työntekijöitä tarvitaan lomien sijaisiksi. Hoitajilla on myös mahdollisuus konsultoida geriatria arkipäivisin. (Hyvönen 2014b.)

Sotkamon kotihoidossa työskennellään kolmessa tiimissä, jotka ovat Pitäjä, Iltakoti ja Sommeli. Sotkamossa on käytössä työkierto, jolla tarkoitetaan, että hoitajien työtiimi vaihtuu tietyn ajan välein. Työkierto lisää ja ylläpitää hoitajien monipuolista osaamista hoitotyössä. Kainuun kunnissa ovat toimineet vuoden 2013 syksystä alkaen asiakasohjaajat, joiden tarkoituksena on antaa asiakkaille ennakkoivaa ja oikea-aikaista neuvontaa ja ohjausta. Asiakasohjaaja on käytännössä kunnassa työskentelevä vastuuhenkilö, jota käsitellään luvussa 2.1 Vanhuspalvelulaki. Asiakkaat tulevat Sotkamon kotihoidon asiakkaiksi asiakasohjaajan kautta. Asiakasohjaaja tekee monipuolisen ja yksilöllisen tarpeiden arvioinnin asiakkaalle. Asiakkaan tarpeisiin pyritään vastaamaan löytämällä paras mahdollinen apu ja tarvittaessa yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa suunnitellaan asiakkaan tarpeita vastaava palvelukokonaisuus. (Hyvönen 2014b.)

Sotkamon väkiluku 31.12.2012 oli 10 682, joista yli 65-vuotiaiden osuus on 21,4 % (Sotkamo 2013). Vuoden 2014 alussa Sotkamon kotihoidolla oli yhteensä 330 asiakasta, heistä yli 65-vuotiaista oli 310. Säännöllisiä asiakkaita kotihoidossa oli 153 ja tilapäisiä 157. Hoitajat tekivät asiakaskäyntejä 128 306 vuonna 2013, joista yli 65-vuotiaiden luona käyntejä oli 115 558. Suurin asiakasryhmä on yli 80–85-vuotiaat. Ennaltaehkäisevää ja ennakkoivaa asiakastyötä Sotkamossa tekevät asiakasohjaaja sekä muistineuvola, ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tarjotaan kyseisenä vuonna 75 vuotta täyttäneille kuntalaisille, jotka eivät ole vielä palveluiden piirissä. Sotkamon kotihoidossa hoivatyöntekijät työskentelevät vuorokauden ympäri, ja käyntejä tehdään tarvittaessa myös yöllä. Sairaanhoitoa tehdään pääsääntöisesti päivävuorossa arkipäivisin. Sotkamon kotihoito tarjoaa asiakkaalle erilaisia kotona asumista tukevia palveluja, joita ovat muun muassa säännöllinen kotihoito, tilapäinen kotisairaanhoito ja tilapäinen kotipalvelu, jolla tarkoitetaan esimerkiksi apua, jota leikkauksen jälkeen asiakas tarvitsee lyhytaikaisesti. Lisäksi asiakas voi saada tarpeen mukaan tukipalveluja, joita ovat ateriapalvelu, turvapuhelinpalvelu, saattajapalvelu, asiointipalvelu, kylvetyspalvelus ja päivätoiminta, joka ostetaan Sotkamon vanhaintukisäätiöltä. (Hyvönen 2014b.)

Haastattelussa kävi ilmi, että yksi haaste Sotkamon kotihoidossa on hoivatyön työntekijäpula. Määräaikaisten sijaisten saaminen on haasteellista. Odotukset kotihoidolle ovat kasvaneet koko yhteiskunnassa. Iäkkäiden asuminen kotona pyritään järjestämään mahdollisimman pitkään, mikä tuo kotihoidolle paljon haasteita. Ennaltaehkäisy on nyt ja tulevaisuudessa yhä tärkeämmässä roolissa. RAI arviointijärjestelmä on otettu käyttöön Sotkamossa vuonna 2008. RAI on laaja kokonaisuus, ja Hyvösen mukaan henkilökunnalla on tällä hetkellä jo hyvä perusosaaminen järjestelmän käytöstä. RAI:n avainosaajiksi on koulutettu toinen esimiehistä ja lähihoitaja. Pirkko Hyvösen (2014a) mukaan uusi netti-RAI on Sotkamossa otettu käyttöön vuoden 2014 lopulla. Sotkamon kotihoito on THL:n projektin kautta vasta pilotoimassa tätä uutta versiota, joten käyttöömme saama materiaali on saatu edellisestä versiosta. Laajempi osaaminen ja RAI-tiedon hyödyntäminen on kuitenkin vielä puutteellista, ja siihen kaivataan lisää koulutusta ja osaamisen kehittämistä. (Hyvönen 2014b.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme tarkoitus oli järjestää opetustilaisuus Sotkamon kotihoidon työntekijöille asiakkaiden RAI-arviointien tulosten hyödyntämisestä esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Opetustilaisuuden tarkoituksena oli, että hoitajat ohjattuina ideoivat hoitotyön keinoja neljälle asiakas-caselle, jossa oli RAI-tulosten mukaan olemassa oleva riski CAP4:n aktivoitumiselle eli laitoshoidon joutumisen uhkalle. Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli pitää opetustilaisuus Sotkamon kotihoidon henkilöstölle RAI-arviointitulosten hyödyntämisestä. Opinnäytetyön tavoitteita olivat hoitajien RAI-osaamisen syventäminen, hoidon laadun ja ennalta ehkäisevän ajattelumallin parantaminen. Osaamisen syventäminen voisi jatkossa näkyä RAI-arviointien yksilöllisemmässä teossa ja hoitajien motivaatiossa tehdä arviointeja. Hoitajat huomaavat tekemänsä RAI-arvioinnin yhteenvedossa eli CAPs:ssa, mitkä asiakkaan voimavarat ja heikkoudet hänen toimintakyvyssään ovat. Tämän yhteenvedon tietoja pohtimalla moniammattillisen tiimin näkökulmasta asiakkaan voimavaroja voidaan parantaa valitsemalla asiakkaan hoitosuunnitelmaan konkreettisia hoitotyön keinoja. Ideaalitulanteessa valituilla ja käytännössä toteutetuilla hoitotyön keinoilla voidaan poistaa RAI-arvioinnissa aktivoituneet riskit.

Huolellisesti tehtyä RAI-arviointia voidaan verrata edelliseen arviointiin ja tuloksista voidaan nähdä iäkkään toimintakyvyn muutokset. Jos asiakkaan toimintakyvyssä ilmenee merkittäviä muutoksia, niin hoitajat pystyvät puuttumaan niihin varhaisessa vaiheessa ja ehkäisemään esimerkiksi laitoshoidon joutumisen uhkaa. Tämä näkökulma on yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti tärkeä. Opetustilaisuudessa hoitajien tekemistä tuotoksista voitiin arvioida, oliko tilaisuudesta hyötyä ja nousiko tilaisuudesta esille mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme työmenetelmä oli toiminnallinen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotetaan käytäntöön esimerkiksi ohjeistus perehdyttämiseen, tapahtuman toteutus, opas tai kotisivut riippuen kohderyhmästä. Käytännön toteutuksen lisäksi ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee olla myös kattava raportointi. Työssä tulee näkyä työelämälähtöisyys ja työn tulee osoittaa opiskelijan tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.)

Ennen kuin opinnäytetyön toiminnallinen osuus voitiin järjestää, täytyi tehdä toimintasuunnitelma, jossa opinnäytetyön idea ja tavoitteet tuli olla selitetty harkiten, perustellen ja siinä tulisi näkyä tekijöiden tiedostetut valinnat. Toimintasuunnitelma auttaa tekijää ymmärtämään mitä opinnäytetyössä on tarkoitus tehdä. Toiminnallisen osuuden ideoinnissa ja tavoitteiden asettamisessa tuli näkyä johdonmukainen päättelykyky. Suunnitelmaan sitoutuminen on tärkeää. Aihetasolla näkyy se mitä on alun perin suunniteltu, mutta toteutumistavat voivat muuttua prosessin aikana. Suunnitelmassa tuli miettiä idean tarpeellisuus, kohderyhmä, taustatutkimukset ja aiheeseen liittyvä lähdekirjallisuus. Aihetta piti rajata kohderyhmän ja opinnäytetyön tekijöiden resurssien mukaisesti. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26–27.)

7.1 Opetustilaisuudessa käytetyt menetelmät

Opetustilaisuudessa käytimme Learning Cafe -menetelmää oppimisen menetelmänä. Menetelmässä toimitaan pienryhmissä ja keskitytään kysymysten tai teemojen ratkaisuun. Jokaisella ryhmällä on oma aihe, jota he kysymyksen pohjaltaideoivat määrätyn ajan verran esimerkiksi isolle paperiarkille. Sen jälkeen ryhmät kiertävät aina seuraavalle pisteelle, kunnes he ovat kiertäneet jokaisen aiheen. Menetelmän tarkoitus on, että ryhmät pohtivat toistensa kirjoittamia ideoita ja ideoivat niitä eteenpäin. Ryhmien kierrettyä kaikki pisteet, yksi osallistuja kustakin ryhmästä esittelee pisteen tuotoksen. Aiheet käydään koko ryhmän kesken lopussa läpi keskusteleavassa ilmapiiirissä. Ohjaajat eli tilaisuuden pitäjät voivat esittää valmiiksi mietittyjä lisäkysymyksiä aiheesta. (ks. Innokylä 2012.)

Kotihoidon palvelupäällikön ehdotuksesta päädyimme käyttämään case eli tapaus-pohjaista opetusmenetelmää. Case määritellään usein todellisen tilanteen kuvaukseksi, johon sisältyy jokin päätös, mahdollisuus, haaste, kysymys tai ongelma. Tapaus on yleensä sellainen, jonka yksi tai useampi henkilö voi kohdata omassa organisaatiossaan. Case esitetään tilanteessa olevan päätöksentekijän näkökulmasta ja näin menetelmällä opiskeleva voi kuvitteellisesti asettua ongelmanratkaisijan asemaan. Opetuksen tarkoituksesta riippuen, joitain casen osia voidaan painottaa enemmän kuin toisia. Casen hyötyjä oppijalle ovat olennaisen tiedon erottaminen epäolennaisesta sekä uusien toimintaehtotuksien ja strategioiden muodostamistaitojen kehittyminen. Lisäksi oppija oppii tunnistamaan ongelman ja määrittämään ongelman taustat ja siihen vaikuttavat osatekijät. Case-menetelmällä voi kohdata samoja monimutkaisia ja epävarmoja tilanteita turvallisessa ympäristössä kuin oikeassa elämässä toimijat kohtaavat. (Ks. Sulkanen 2006, 6.)

7.2 Opetustilaisuuden suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyöprosessi alkoi syyskuussa 2014, jolloin saimme aiheen opinnäytetyöhön harjoittelujaksollamme Sotkamon kotihoidossa. Idea opinnäytetyölle tuli työelämästä. Aihetta suunniteltiin ja tarkennettiin yhdessä työelämän edustajan ja toisen ohjaavan opettajamme kanssa palaverin muodossa Sotkamossa. Aihe sai hyväksynnän ja aihekuvaus esitettiin lokakuussa 2014. Tämän jälkeen aloimme työstää opinnäytetyön tietoperustaa ja teoreettista viitekehystä prosessikirjoittamisen mallin mukaisesti. Työsuunnitelma kirjoitettiin loka-tammikuun aikana. Työsuunnitelma esitettiin helmikuun alussa. Työsuunnitelma hyväksyttiin 10. päivä maaliskuuta, jonka jälkeen täytimme ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen. Alustavasti olimme ajatelleet toimeksiantajan kanssa, ettei tutkimuslupaa työllemme välttämättä tarvita, koska opetustilaisuus järjestetään Sotkamon kotihoidon henkilökunnalle ja opinnäytetyössämme ei tutkita mitään. (Ks. Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.) Toimeksiantajan kehotuksesta haimme varmuuden vuoksi tutkimuslupaa (liite 2) Kainuun vanhuspalvelujen vastuualuepäälliköltä ja se hyväksyttiin 19. päivä maaliskuuta 2015 (Ks. Hyvönen 8.12.2014a).

Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen olimme yhteydessä toimeksiantajaan, jonka kanssa sovimme opetustilaisuutta varten sopivan päivän. Tämän jälkeen kävimme Sotkamossa suunnittelemassa käytännön asioita, kuten tarvikehankintoja ja videotykin lainaamista. Samalla saimme opetustilaisuudessa käytettävän pohjamateriaalin eli neljän kotihoidon todellisen asiakkaan RAI-arviointitulokset anonyymeiksi muutettuina, joilla toimeksiantajan näkökulmasta on laitoshoidon joutumisen uhka riskinä. Toimeksiantaja muutti materiaalin sellaiseksi, että asiakkaat eivät olleet niistä tunnistettavissa. Otimme toimeksiantajalta ideoita vastaan, kuinka asiakas-caset tulisi rakentaa ja esittää opetustilaisuudessa. Olimme sopineet toimeksiantajan kanssa, että hän informoi kotihoidon henkilökuntaa opetustilaisuutemme ajankohdasta. Teimme esitteen (liite 3) opetustilaisuutemme aiheesta, aikataulusta ja rungosta. Lähetimme sen toimeksiantajalle, joka jakoi tiedon työntekijöille. Opetustilaisuuden ajankohdaksi valikoitui iltapäiväaika kello 13–15, jolloin työpaikalla oli vuorojen vaihto ja rauhallisin aika päivästä sekä todennäköisesti eniten työntekijöitä paikalla. Olimme asettaneet tavoitteeksi, että opetustilaisuuteemme osallistuu noin 15–20 kotihoidon työntekijää. Minimihenkilömäärä tilaisuudessa oli kahdeksan henkilöä, koska neljää ryhmää ei olisi voitu pienemmällä osallistujamäärällä toteuttaa.

Toimeksiantaja tarjosi meille opetustilaisuutta varten tilat kotihoidon toimiston vieressä olevasta ruokalasta. Tila voitiin jakaa väliseinällä, jolloin se muuntautui koulutustilaisuuteen sopivaksi. Opetustilaisuutta varten hankimme isoja paperiarkkeja, kynät saimme toimeksiantajalta. Yksikössä oli oma videotykki, joka mahdollisti lyhyen Power Point -esityksen näyttämisen tilaisuuden alussa. Esityksessä kerroimme opinnäytetyömme aiheesta, RAI-arvioinnista, iäkkäiden laitoshoidon joutumisen uhkasta ja opetustilaisuuden etenemisestä. Learning Cafe -menetelmän ajan näytimme videotykiltä toimintaa ohjaavaa tehtävänantoa.

Opetustilaisuutta varten muokkasimme neljän kotihoidon asiakkaan RAI-arviointia seuraavanlaisesti. Saaduissa asiakkaiden RAI-arviointien yhteenvedoissa näkyivät kaikki asiakkaan aktivoituneet riskit toimintakyvyssä. Koska halusimme käsitellä aihetta vain yhden osa-alueen eli CAP4:n (Laitoshoidon joutumisen uhka) kautta, poistimme materiaalista ylimääräisen tiedon. Poistettua tietoa käytimme kuitenkin hyödyksi, kun koostimme kuvitteelliset asiakas-caset (liite 4). Caseissa käytimme hyväksi niissä ollut tietoa asiakkaiden taustoista, kuten terveydentilasta ja toimintakyvystä. Pyrimme kuitenkin muuttamaan tietoa siten, että asiakkaan asuinpaikka tai sosiaaliset suhteet eivät käy ilmi.

Opetustilaisuus pidettiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen 8.4.2015 ja siihen osallistui yhteensä 15 kotihoidon työntekijää. Aiemmin henkilökunnalle toimitetun kutsun lisäksi toimeksiantaja lähetti muistutusviestin tilaisuudesta hoitajien mobiililaitteisiin. Tilaisuus alkoi edellä mainitulla Power-Point-esityksellä ja opinnäytetyöntekijöiden esittäytymisellä. Tämän jälkeen työntekijöille ohjeistettiin Learning Cafe -menetelmä (ks. luku 7.2 Opetustilaisuudessa käytetyt menetelmät), jonka avulla he pienryhmissä käsitelivät rakentamiamme asiakas-caseja.

Opetustilaisuudessa toimittiin pienryhmissä käyttäen Learning Cafe -menetelmää. Opetustilaisuudessa keskityttiin seuraavien kysymyksen kautta pohtimaan asiakas-caseja: "Mitä keinoja ja hoitotyön toimintoja voidaan suunnitella ja toteuttaa, että cap-yhteenvedossa aktivoitunut kohta vähenee tai poistuu?" ja "Onko asiakkaan toimintavaje kiinni hoitajasta, toimintamallista vai asiakkaasta? Jos jokin ei onnistu, miksi?". Jokaisella ryhmällä oli käytettävissä asiakas-case ja oikean asiakkaan muokattu RAI-arvioinnin tuloksista tulostettu CAP4 (Laitoshoidon joutumisen uhka). Näitä hyödyntäen ja kysymyksiin vastaamalla osallistuja ideoivat noin 15 minuutin ajan isolle paperiarkille kirjoittaen tärkeiksi kokemiaan hoitotyön keinoja. Sen jälkeen ryhmät kiersivät aina seuraavalle pisteelle, kunnes he olivat kiertäneet jokaisen asiakascasen. Menetelmän tarkoitus oli, että ryhmät pohtivat myös toistensa kirjoittamia ideoita ja ideoivat niitä eteenpäin. Ryhmien kierrettyä kaikki pisteet ryhmäläiset yhdessä esittelivät tuotokseen kirjoitetut asiat. Esittelyn jälkeen aihetta käsiteltiin yhdessä ja opinnäytetyön tekijät esittivät tarkentavia kysymyksiä. Kysymyksillä pyrittiin esimerkiksi varmistamaan, että ryhmät ovat pysyneet tehtävänannossa ja löytäneet sellaisia keinoja, joilla CAP4:n (Laitonhoitoon joutumisen uhka) riski olisi poistunut. (ks. Innokylä 2012.) Purun jälkeen osallistujat antoivat suullista palautetta opinnäytetyöntekijöille ja ne kirjoitettiin muistiin. Tilaisuus päätettiin kahvitilaisuuteen. Kahvitilaisuudessa saimme käyttää kotihoidon omaa kahvinkeitintä ja astioita. Leivoimme opetustilaisuutta edeltävänä päivänä mokkapaloja tarjottavaksi.

7.3 Opetustilaisuuden tuotokset

Asiakkaiden valinnan kriteerinä oli, että CAP-yhteenvedossa kohta CAP4 (Laitonhoitoon joutumisen uhka) oli aktivoitunut. Aktivointi tapahtuu, kun neljä tai useampi kahdeksan kohtaisesta CAP4:sta ilmenee (ks.4 CAP4 Laitoshoidon joutumisen uhka). Tällöin iäkkäällä on suhteellisen korkea riski joutua laitoshoidon seuraavan kolmen kuukauden aikana. Kolmella casella näistä ilmeni neljä ja yhdellä viisi riskiä. Kävimme tulokset läpi näiden kahdeksan riskin kautta jokaisen casen yksittäin käsittelemisen sijasta. Pidimme tuotosten analysoinnissa tärkeänä sitä, että hoitajat löysivät hoitotyön keino-

ja, poistamaan laitoshoitoon joutumisen uhkan sisältämiä riskejä. Tämän vuoksi emme koonneet kuvitteellisten casejen yksittäisiä tuloksia.

Yhdelläkään asiakkaista ei ollut aikaisempaa pitkäaikaishoitoa riskinä, joten tälle riskille hoitajat eivät ideoineet hoitotyön keinoja. Koimme, että tämän yhden kohdan pois jääminen ei vaikuta tuotoksien laajuuteen tai sisältöön, koska aikaisempaa pitkäaikaishoitoa ei pystytä poistamaan riskeistä, jos se on jo tapahtunut. Kolmella asiakkaalla oli aktivoitunut riski; ulkoilee yhtenä päivänä viikossa tai harvemmin. Tätä riskiä hoitajat pyrkivät poistamaan ulkoiluavun järjestämisellä liikuntakyvyn ylläpitämiseksi. Liikkumiseen tarvittavien apuvälineiden tarkistus tulisi tehdä ja selvittää. Ovatko välineet henkilölle sopivat ja onko niitä tarpeeksi. Esteetön liikkuminen mahdollistettaisiin kodinmuutostöillä. Lisäksi he pohtivat mitkä tekijät estävät liikkumisen ulkona. Näitä olivat esimerkiksi kaatumisen ja kivun pelko sekä mahdollisesti asunnossa olevat portaat. Näihin ratkaisuksi ideoitiin iäkkäälle päivittäisiä lihasvoima- ja tasapainoharjoitteita.

Jokainen asiakas koki virtsanpidätyskyvyttömyyttä vähintään toisinaan. Sen vähentämiseen hoitajat keksivät seuraavia keinoja. Virtsatieinfektioista johtuvan virtsankarkailun, he hoitaisivat vanhuksen henkilökohtaisen hygienian parantamisella, nesteytyksen lisäämisellä ja estolääkityksen harkinnalla. Hoitajat ohjeistaisivat vanhusta lantionpohjalihasten harjoittamiseen. Tässä kohdassa ohjaus ja neuvonta koettiin tärkeäksi samoin kuin virtsankarkailun syyn selvittäminen. Kahdella asiakkaalla oli diagnosoitu jokin neurologinen sairaus, jolloin se nousi riskiksi CAP4:ssa. Arvioinnista selvisi, että toinen sairastaa Alzheimerin tautia ja toinen Parkinsonin tautia. Etenevinä sairauksina molempien kohdalla mietittiin lääkehoidon tarkistamista, kuten lääkkeen käyttömuotoa, ottoaikaa ja säännöllisyyden takaamista. Lääkehoidon tärkeyttä korostettiin, että neurologisesta sairaudesta huolimatta iäkkään toimintakyky säilyisi mahdollisimman pitkään ja taudin eteneminen hidastuisi. Siltä varalta, että lääkehoidosta huolehtiminen ei asiakkaan puolesta onnistuisi, hoitajat kokivat, että turvallisuuden kannalta lääkehoidosta huolehtimista voi ajatella siirtyvän hoitajien vastuulle. Hoitajat toivat myös ilmi, että asiakkaan turvallisuuden tunnetta kotona tulisi pyrkiä säilyttämään kaikin keinoin esimerkiksi nimeämällä tärkeät paikat, kuten laatikot, kaapit ja vessa.

Kahdella asiakkaalla aktivoitui riski, koska heillä toimintakyky oli huonontunut viimeisen 90 vuorokauden aikana. Ensimmäisen asiakkaan toimintakyvyn huonontumisen syynä oli kaatumisen yhteydessä tullut lonkkamurtuma. Toisen asiakkaan CAPs-yhteenvedossa ei ollut selitystä toimintakyvyn huonontumiselle. Yhteenvedosta kävi vain ilmi, että tuen tarve oli suurentunut. Tässä kohdassa selkeästi hoitajat kiinnittivät huomion ennen kaikkea huonontumisen syyn selvittämiseen ja sitä kautta toimintakyvyn parantamiseen kuntouttavalla työotteella. Jokaiselta asiakkaalta löytyi riskeistä yksi tai useampi ensimmäiseksi huonontuvista ADL-vajeista (pukeutuminen, henkilökohtainen hygienia, kylpeminen). Tätä riskiä hoitajat lähtivät vähentämään vanhuksen omatoimisuuden lisäämisen kautta päivittäin ja aina hoitajan käydessä. Asiakkaiden kohdalla, joilla omaiset ovat aktiivisena läsnä arjessa, hoitajat ohjaisivat myös omaisia kannustamaan vanhusta tekemään mahdollisimman paljon itsestään. Tähän koettiin liittyvän myös fyysisen kunnon kohentuminen ja sitä kautta mielialan parantuminen.

Yhdellä asiakkaista oli äkillinen tai uusi tilanne tai muutos henkisissä toiminnoissa. Tämä muutos oli vanhuksen heikentynyt tietoisuus ympäristöstä ja johdonmukaisuuden vaihtelu ennustamattomasti päivän aikana. Hoitajat suosittelevat tässä kohtaa kokonaisvaltaista geriatrin tutkimusta ja lääkityksen tarkistusta. Ruoan valmistamista ja kaupassa käyntiä ei tapahtunut viimeisen 7 päivän jakson aikana -riskissä asiakkailla ruuan valmistamisesta ja ostoksilla käynnistä vastasivat muut henkilöt. Riskin poistamiseksi ehdotettiin avustettuna kauppaan pääsyä ja erilaisia kerhoja, joissa ohjattuina valmistetaan ruokaa. Matalan kynnyksen asioita kotona voisi olla aamu-, väli- ja iltapalan valmistaminen esimerkiksi yhdessä puolison, omaishoitajan tai hoitajan kanssa.

Hoitajat huomioivat opetustilaisuudessa jokaisen casen kohdalla heillä aktivoituneet toimintakyvyn riskit ja käsittelivät niitä yksilöllisesti. Aktivoituneita riskejä saatiin poistettua erilaisilla hoitotyön toiminnoilla. Hoitajat kokosivat monipuolisesti isolle paperiarkille yksilöllisiä hoitotyön keinoja, joilla aktivoitunut CAP4 (Laitoshoitoon joutumisen uhka) poistuisi kunkin asiakkaan kohdalta. Tuotosten purkuvaiheessa kävimme tuotokset läpi sillä ajatuksella, että poistuisivatko asiakkaan aktivoituneet riskit. Ryhmä piti keinoja toteuttamiskelpoisina, mutta näkivät niissä ajallisia ja taloudellisia haasteita. He kuitenkin olivat sitä mieltä, että hyödyntämällä CAPs-yhteenvedosta saatuja tietoja ja ideoimalla niiden kautta hoitotyön toimintoja ja tavoitteita asiakkaiden toimintakyky voisi parantua.

Suullisessa palautteessa hoitajat kertoivat, että opetustilaisuudesta oli hyötyä hoitosuunnitelmien tekemiseen jatkossa. CAPs on ollut hieman vieras asia, mutta aktivoituneet kohdat selkeyttivät asiakkaan tilannearvioita. Kouluissa ei RAI-järjestelmästä ole juurikaan puhuttu, joten uusille työntekijöille ylimääräinen koulutus ei ollut pahasta. Hoitajat kokivat menetelmän hyväksi ja kertoivat, että ryhmässä pohditut keinot olivat monipuolisempia kuin normaalisti yksin pohditut. Hoitajat kokivat ilmapiirin sallivaksi ja heistä oli helppo tuoda omat näkemykset ilmi. Meidän työskentelystä hoitajat mainitsivat rennon esiintymistyylin sekä aikataulutuksen toimivuuden. Napakan ohjauksen hoitajat kokivat myös positiivisena. Tilaisuuden lopussa kysyimme osallistujilta, että avautuiko CAP4 (Laitoshoitoon joutumisen uhka) yhtään enemmän hoitajille kuin alussa. Yli puolet viittasi sen puolesta, että laitoshoidon joutumisen uhka avautui nyt paremmin.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää opetustilaisuus Sotkamon kotihoidon työntekijöille asiakkaiden RAI-arvointien tulosten hyödyntämisestä esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Opetustilaisuuden tarkoituksena oli, että hoitajat ohjattuina ideoivat hoitotyönkeinoja neljälle asiakas-caselle, jossa oli RAI-tulosten mukaan olemassa oleva riski CAP4:n (Laitoshoitoon joutumisen uhka) aktivoitumiselle. Tavoitteena oli hoitajien RAI-osaamisen syventäminen, hoidon laadun ja ennalta ehkäisevän ajattelumallin parantaminen. Opinnäytetyöprosessin ajan tähtäsimme siihen, että järjestämme Sotkamon kotihoidon työntekijöille opetustilaisuuden, joka vastaisi toimeksiantajamme toivomuksia ja ohjaavan opettajan ohjeita. Lisäksi koimme saavamme hyötyä tulevaisuuden työelämään opetustilaisuutta varten kerätystä tutkitusta tiedosta.

8.1 Opinnäytetyöprojektin vaiheita

Opinnäytetyön aihe tuli meille gerontologian ja kotihoidon harjoittelun aikana Sotkamon kotihoidon yksikössä syksyllä 2014. Vanhuspalvelupäällikkö Pirkko Hyvönen toi ilmi tarpeen kehittää yksikön hoitajien RAI-osaamista. Innostuimme aiheesta, koska RAI oli meillekin uusi asia ja halusimme olla osana kehittämässä hoitajien osaamista RAI-arvointien tulosten hyödyntämisessä hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Tavoitteena meillä on ollut valmistua toukokuun lopussa ja sillä aikataululla olemme opinnäytetyötämme pyrkineet tekemään. Opetustilaisuus oli tarkoitus järjestää työsuunnitelman mukaan jo maaliskuun puolessa välissä, mutta syventävä harjoittelumme ja aikataulujen yhteensovittaminen viivästytti aikataulua siten, että järjestimme opetustilaisuuden huhtikuun alussa.

Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme, että RAI:ta on tutkittu yllättävän vähän kotihoidon näkökulmasta. Muutamia kansainvälisiä lähteitä löysimme, mutta heikon englanninkielentaitomme vuoksi jouduimme rajoittamaan niiden käyttöä. Lähteiden kohdalla pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, joita löytyi 2003–2014 vuosilta. Käyttämiemme lähteiden kohdalla pyrimme olemaan kriittisiä niin iän, kuin laadun ja uskottavuuden kannalta.

Työsuunnitelmavaiheessa pohdimme mahdollisuuksia, uhkia, vahvuuksia ja heikkouksia tälle opinnäytetyöprosessille. Mahdollisuuksina näimme oman ammatillisen kasvumme, hoitajien RAI-osaamisen syventymisen ja yksilöllisten hoito- ja palvelusuunnitelmien lisääntyminen. Uhkina näimme tiiviin aikataulun, vaihtoehdon että oppimismenetelmä ei soveltuisi kohderyhmälle ja että julkinen materiaali jäisi vähäiseksi RAI:n osalta. Eräänlaisena uhkatekijänä näimme teoreettista viitekehystä kirjoittaessamme sen, että kummallakaan meistä ei ollut aikaisempaa kokemusta RAI-arvointien tekemisestä tai järjestelmän käytöstä. Sotkamon kotihoitoon otettiin käyttöön uusi netti-RAI:n pilottiversio. Koska tämä versio oli vasta pilotointivaiheessa Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen kautta, meillä opiskelijoina ei ollut siihen käyttöoikeuksia. Tällä asialla ei kuitenkaan ollut merkitystä opinnäytetyöllemme kannalta, koska saimme hyvää materiaalia edellisestä versiosta, joka ei toimeksiantajan mukaan suuremmin poikkea uudesta. Heikkouksina koimme kokemattomuutemme tilaisuuksien järjestämiseen ja RAI:n suuren kokonaisuuden. Vahvuuksina koimme tälle opinnäyte-

työprosessille aktiivisen toimeksiantajan, halun valmistua ajallaan ja kiinnostuksen aihetta kohtaan. Toimeksiantajan aktiivisuus näkyi materiaalin hankinnassa, suunnittelupalaveriinin osallistumisessa sekä rakentavien ideoiden esittämisessä koskien opinnäytetyön eri vaiheita. Opinnäytetyöprosessi toi meille kuluja automatkoista Kajaani-Sotkamo välillä, kahvihetken järjestämisestä ja materiaalin hankinnasta. Kulut olivat mielestämme kohtuulliset emmekä kokeneet niitä liian suuriksi.

8.2 Opetustilaisuuden menetelmien ja tuotosten pohdinta

Learning Cafe -menetelmä valikoitui opinnäytetyössä käytettäväksi menetelmäksi, koska meillä oli siitä aikaisempaa kokemusta koulun oppitunneilta. Me koimme osallistavan pienryhmätyöskentelyn tehokkaampana oppimismenetelmänä kuin luennoivan menetelmän. Halusimme tuoda tällaista menetelmää esille myös työelämässä oleville henkilöille, sillä menetelmä samalla toimii yhdistävänä ja ryhmäyttävänä tekijänä työyhteisössä. Tämä edistää avointa ilmapiiriä ja yhteistyötä työntekijöiden välillä. Työsuunnitelma vaiheessa nimesimme käytetyn menetelmän uhkiin, koska tällaista ei ole ennen käytetty työyksikössä. Tältä uhkalta kuitenkin välttyttiin, koska tuotosten ja palautteen perusteella menetelmä koettiin toimivana ja opettavaisena. Learning Cafe -menetelmässä käytetyt asiakas-caset oli tehty todellisten asiakkaiden tietoja käyttäen. Se toi asiakas-caseihin realismia, mikä mielestämme edesauttoi sitä, että hoitajat paneutuivat annettuun tehtävään huolellisesti.

Jokaisella asiakkaalla oli neljästä viiteen aktivoitunutta riskiä CAP4:ssä. Tuotosten puron yhteydessä halusimme tietää löysivätkö hoitajat kehittämällä hoitotyön keinoilla tapoja pois sulkea riskitekijöitä. Kolmelta asiakkaalta neljästä hoitajat saivat teoriassa laitoshoidon joutumisen riskin pois käyttämällä hoitotyön keinoja. Hoitajat myös pohtivat tavoitteiden asettamista asiakkaan hoidossa, kuten kuntoutuksen etenemistä siihen pisteeseen, että kotihoidon käyntejä voitaisiin jopa vähentää. Hoitajat näkivät tavoitteiden saavuttamisen esteenä heikkoudet toimintamallissa. Yleinen kokemus oli, että aikaa ja taloudellisia resursseja on kotihoidolla käytettävissään liian vähän. Hoitajat oppivat tämän opinnäytetyön kautta CAPs-yhteenvedon hyödyntämistä ja pohtivat opitun tiedon soveltamista omaan käytännön työhönsä. Esille tuli mielipide siitä, voisiko RAI-arvioinnin tekemiseen osallistua mahdollisuuksien mukaan useampi hoitaja, esimerkiksi sairaanhoitaja ja lähihoitaja parina. Tällöin asiakkaan tilannetta arvioitaisiin useasta eri näkökulmasta, jolloin hoito- ja palvelusuunnitelmat olisivat yksilöllisempiä ja laadukkaampia. Ahvenjärven ja Salmisen (2012, 36) opinnäytetyössä oli tutkittu kuinka hoitajat hyödyntävät RAI-arvioinnista saatuja tietoja hoitotyössä. Saatujen tulosten pohjalta opinnäytetyöntekijät toteavat johtopäätöksissään, että RAI:n teoriatiedon tulkitseminen on hankalaa ja siksi sen hyödyntämistä vältellään hoitotyön suunnitelman tekemisessä. Tähän ratkaisuna on ehdotettu RAI-osoiden "suomentamista" ja käytännön tasolle saattamista. Opinnäytetyössämme olimme pyrkineet juuri siihen, että hyödyntämistä käsiteltiin hyvin käytännönläheisesti.

Työsuunnitelma vaiheessa suunnitelmamme oli koota tuotoksista erillinen raportti, jota työpaikka voisi hyödyntää jälkepäin. Tuotoksissa hoitajat olivat löytäneet ja nimenneet yksittäisiä hoitotyön keinoja monipuolisesti sekä arvioivat niitä jokaisen asiakas-casen kohdalla yksilöllisesti. Koostimme asiakas-caset korostaen nimenomaan iäkkään yksilöllisyyttä. Koimme, että tuotoksista ei pystynyt kokoamaan raporttia, jossa tuotosten tietoja automaattisesti olisi voinut hyödyntää muiden asiakkai-

den kohdalla. Yksikön palautteen ja oman kokemuksemme perusteella saavutimme opinnäytetyölle asettamamme tavoitteet, joita olivat hoitajien RAI-osaamisen syventäminen sekä hoidon laadun ja ennaltaehkäisevän ajattelumallin parantaminen. Opetustilaisuuden lopussa keskustelimme ryhmän kanssa voisiko käytettyä menetelmää hyödyntää jatkossa muidenkin CAPs-yhteenvedossa aktivoituneiden riskien ratkaisemiseen. Tulimme siihen lopputulokseen, että opetustilaisuudessa käytetty Learning Cafe -menetelmä soveltuisi hyvin asioiden oppimiseen ja sen käyttö onnistuisi työyhteisöltä myös itsenäisesti.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme aihe oli työelämälähtöinen ja se oli suunniteltu vastaamaan kohderyhmän tarpeita. Toimeksiantajamme koki hoitajien osaamisen syventämisen yksikölle merkittävänä. Opinnäytetyön tekijöinä jaoimme tämän näkemyksen asiasta toimeksiantajan kanssa. Halusimme toteuttaa hoitajien oppimisen kannalta hyödyllisen opetustilaisuuden Sotkamon kotihoidon työntekijöille. Olimme myös kiinnostuneita aiheesta oman ammatillisen kasvumme kehittämiseksi. (ks. Mäkinen 2005, 188.)

Opinnäytetyötä tehdessä olemme tutkineet aiheeseen liittyviä lähteitä kriittisesti esimerkiksi lähteen iän, laadun ja uskottavuuden asteen kannalta. Käyttämämme lähteet olivat kirjoitettu vuosina 2003–2015. Työssä olimme pyrkineet käyttämään ensisijaisia lähteitä. Lähdeluettelossa toistuivat jotkin kirjoittajat, kuten H. Finne-Soveri ja A. Noro, koska heillä on RAI-arviointijärjestelmästä ajankohtaisin ja asiantuntevin tieto. Koska opinnäytetyömme oli toiminnallinen, emme keskittyneet lähteiden lukumäärään vaan olennaisempaan asiaan eli laatuun ja soveltuvuuteen. Teoriapohjaa kirjoittaessamme olimme pyrkineet välttämään hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset kuten muiden tutkijoiden vähättelyn, puutteellisen viittaamisen käyttämiimme lähteisiin ja muiden tutkijoiden saamien tutkimustulosten julkaisemisen kuin ne olisivat omia tuloksiamme. (ks. Mäkinen 2005, 188; Vilkkä & Airaksinen 2003, 72–76.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden tarkoitus on helpottaa päivittäistä työtä ja olla tukena ja apuna päätöksenteossa. Opinnäytetyötämme tehdessä noudatimme näitä eettisiä ohjeita. Hoitajien lisäkoulutuksen myötä koimme, että voimme sitä kautta lisätä ja tukea kotihoidon asiakkaiden voimavaroja ja parantaa heidän elämänlaatuaan. Sairaanhoitajalla on velvollisuus kehittää omaa ja kollegojen ammattitaitoa. Osallistuminen tilaisuuteen oli vapaaehtoista. Toimeksiantaja ehdotti nimilistan keräämistä, jossa näkyisi myös osallistujien RAI-kokemus vuosina ja aiemmat koulutuskerrat, jotta yksikölle itselleen jäisi tosine tämä hetkisestä osaamistilanteesta. Meille nimilistan kerääminen oli ennen kaikkea muistio osallistujamäärästä. Nimilistasta pystyi näkemään, että tilaisuuteen osallistui henkilöitä, joilla on kokemusta RAI:sta yhdestä vuodesta yhdeksään vuoteen. Nimilistasta kävi ilmi, että ainoat, joilla ei vielä ollut kokemusta RAI:sta, olivat sijainen ja opiskelija. Raportissa emme julkaise opetustilaisuuteen osallistuvien nimiä ja tuhosimme nimilistan sen käyttötarkoituksen jälkeen. (ks. Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Opetustilaisuudessa toimimme parhaan mahdollisen kykymme mukaan ja noudatimme hoitajien kollegiaalisuusohjeita. Pidimme tärkeänä ohjeistaa osallistujat hyvin, koska sillä on mielestämme vaikutus töiden lopputulokseen. Tilaisuudesta saimme suullista palautetta, jonka raportoimme opinnäytetyöhön mahdollisimman sanatarkasti sitä mitenkään vääristelemättä tai vilppiä käyttämättä.

Ennen opetustilaisuutta pohdimme mahdollisuutta, että hoitajat tunnistaisivat omat asiakkaansa asiakas-caseista. Halusimme, että opetustilaisuudessa käytetyt asiakas-caset olisivat mahdollisimman realistiset, josta saimmekin positiivista palautetta hoitajilta. Kukaan ei tunnistanut omia asiakkaitaan, mutta taustatietoja oli muutettu sopivasti, että hoitajat pystyivät eläytymään niihin. Halusimme myös, että hoitajat pystyisivät menemään oman mukavuusalueen ulkopuolelle ja ajattelemaan tapauksia laajemmin, eikä vain jonkun tietyn asiakkaan näkökulmasta. Tunnistettavuudella ei olisi ollut kuitenkaan eettisyyden ja luotettavuuden kannalta merkitystä, koska sama vaitiolovelvollisuus pätee niin työelämässä kuin koulutuksissakin. (ks. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 1994/559.) Halusimme keventää asiakas-casejen sisältöä, koska ne olivat hyvin teoriapainotteisia. Valitsimme niihin Anni Nykäsen luomasta Mummo-sarjakuvasta niin sanottuja strippejä eli kolmen kuvan sarjakuvia. Uskoimme, että tämänkaltainen huumori sopii opetustilaisuuden kohderyhmälle. Päädyimme tähän johtopäätökseen, koska kotihoidon henkilökunta oli tullut meille tutuksi.

8.4 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kehitys

Opinnäytetyöhön orientoituminen alkoi keväällä 2014, kun pohdimme opinnäytetyön aihetta. Alusta asti meille oli selvää, että haluamme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön. Aihe löytyi syksyllä 2014 gerontologisen ja kotihoidon harjoittelun yhteydessä. Aihe tuntui meille sopivalta ja kiinnostavalta, koska se oli työelämälähtöinen sekä toiminnallinen. Opinnäytetyöprosessin alun koimme hieman hankalaksi, koska emme tieneet mistä olisimme aloittaneet. Tiedon etsiminen täysin vieraasta aiheesta oli aluksi haastavaa, mutta toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan antamien ohjeiden avulla prosessin suunta alkoi selkeytyä. Lisäksi luokkakavereita, jotka olivat edempänä prosessissa, seuraamalla saimme paremman käsityksen missä järjestyksessä asioita tulisi tehdä.

Molemmat tiesimme jo varhaisessa vaiheessa, että haluamme tehdä opinnäytetyön parin kanssa. Parityöskentely on kohdallamme osoittautunut sujuvaksi sillä tunnemme toisemme hyvin ja meillä oli samankaltaiset tavoitteet opinnäytetyöprosessille. Parina pystyimme suunnittelemaan tapaamiset, jakamaan tehtävät ja ilmaisemaan omat mielipiteemme helposti ja avoimesti. Teoriaosuudessa ja oimme vastuuta enemmän ja kaiken muun teimme yhteisvoimin. Yhteisen näkemyksen ansioista välttimme erimielisyyksiltä. Opinnäytetyön työmäärän koimme sopivaksi. Alkuperäisestä aikataulusta jouduimme lopussa joustamaan, mutta asioita priorisoimalla saimme kaiken valmistumaan ajoissa.

Koemme kehittyneemme ammatillisesti opinnäytetyön prosessin aikana. Oma tietämyksemme on kehittynyt koskien RAI-arviointijärjestelmää, iäkkään ihmisen toimintakykyä ja sen ylläpitämisen tärkeyttä. Arviointijärjestelmä on käytössä ympäri Suomea. Ihmisen toimintakyvyn säilyttäminen on sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta merkittävää, koska laitoshoidon paikkoja vähennetään ja iäk-

kään hoito tullaan järjestämään mahdollisimman pitkään kotona. Todennäköisesti tulemme sairaanhoitajan työssämme kohtaamaan iäkkäitä ihmisiä, jolloin tulee muistaa heidän kokonaisvaltaisen hoidonsa merkitys ja sen vaikutus toimintakykyyn. Opinnäytetyömme aikana yhteistyötaitomme siihen osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten kanssa kehittyivät ja tätä taitoa tarvitsemme tulevaisuuden työpaikoissamme. Opetustilaisuuden järjestäminen opinnäytetyön tarkoituksena oli meille sopivan uusi ja haastava tehtävä. Opetustilaisuuden kautta ohjaustaitomme kehittyivät, saimme kokemusta tilaisuuden suunnittelusta ja sen järjestämisestä.

Tehdessämme opinnäytetyön viimeisiä vaiheita, olemme pohtineet sitä, miten tyytyväisiä olemme opinnäytetyömme lopputulokseen. Opetustilaisuus sujui mielestämme todella onnistuneesti, sillä saimme sopivan määrän osallistujia paikalle, hoitajat kokivat sen pitämisen hyödylliseksi ja toimeksiantaja oli tyytyväinen työpanokseemme. Pääsimme siis tavoitteisiin ja Learning Cafe -tuotoksien monipuolisuus, osallistujien aktiivisuus ja saamamme palaute sai meidät tuntemaan, että opinnäytetyömme oli tarpeellinen.

8.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheet

RAI-arviointijärjestelmä on Kainuussa suhteellisen uusi asiakkaan toimintakyvyn arviointimittari. Sotkamossakin RAI-arviointijärjestelmä on otettu käyttöön vasta 2008. Saamamme suullisen palautteen mukaan kouluissa ei juurikaan käsitellä RAI:ta ja RAI-koulutuksia järjestetään rajallinen määrä vuodessa. Tämän vuoksi vastaavanlaiset tilaisuudet otetaan mielellään yksikössä vastaan, koska työntekijät kokevat, että koulutusta aiheesta voisi olla enemmänkin.

Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää onko RAI-arviointien tulosten hyödyntäminen lähtenyt kehittymään työyksikössä. Omassa opinnäytetyössämme keskityimme vain yhteen CAPs-osa-alueeseen, joten menetelmää voisi jatkossa varioida muidenkin osa-alueiden kohdalla. Sotkamossa on siirrytty käyttämään mobiililaitteita, joihin hoitajat kirjaavat esimerkiksi asiakaskäynnit. Toinen jatkotutkimuksen aihe voisi olla selvittää, onko mobiililaitteen kirjauksilla ollut merkitystä asiakaskirjauksiin ja sitä kautta tarkempiin RAI-arviointeihin.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Klininen hoitotyö*. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Ahvenjärvi, S. & Salminen, H. 2012. *RAI-arviointijärjestelmän hyödynnettävyys hoitajan näkökulmasta*. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Finne-Soveri, H., Itkonen, T., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2006. Kotihoidon asiakkaan arviointi. Teoksessa Finne-Soveri, H., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.). *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 29–32.
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2006. RAI -järjestelmän esittely. Teoksessa Finne-Soveri, H., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.). *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI -järjestelmä vertailukehittämisessä*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 24–28.
- Finne-Soveri, H. & Vähäkangas, P. 2006. Hoitajan apuväline, Client Assessment Protocols. Teoksessa Finne-Soveri, H., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.). *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI -järjestelmä vertailukehittämisessä*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 33–37.
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Jonsson, P., Ljunggren, G., Vengnes Grue, E., Birna Jensdóttir, A., Björkgren, M., Lindman, K., Schroll, M. & Wergeland Sorbye, L. 2008. *Nord RAI Network and Research in the Care for Older Persons Final Report 1998-2008 – On behalf of the NordRAI group*. Helsinki: Valopaino oy.
- Färkkilä, M. 2004. Muut keskushermostosairaudet. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.). *Toimintakyky arviointi ja klininen käyttö*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 245–251.
- Heikkilä, R. & Lindman, K. 2009. Vanhusasiakkaan henkisen hyvinvoinnin huomioiminen hoidon suunnittelussa Asiakkaasta potilaaksi ja paluu kotiin [verkkojulkaisu]. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 22.4.2015]. Saatavissa: http://www.thl.fi/attachments/rai/2009/Vanhusasiakkaan_henkisen_hyvinvoinnin_huomioiminen_hoidon_suunnittelussa_19032009.pdf
- Heikkinen E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkojulkaisu]. Duodecim 18.7.2005 [viitattu 8.1.2015]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. *Tutki ja kirjoita*. Porvoo: Bookwell Oy. 19.painos.
- Hupli, V. 2004. Moniongelmainen potilas. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kiväkäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.). *Toimintakyky arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 358–363.
- Hyvönen, P. 2014a. Sotkamon kunta. Haastattelun kooste [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Emma Karppinen. Lähetetty 8.12.2014. [viitattu 22.1.2015].
- Hyvönen, P. 2014b. Vanhuspalveluiden palvelupäällikkö. Sotkamo 15.12.2014. Haastattelu.
- Ikäinstituutti 2008. Suositukset iäkkäiden turvallisen ja säännöllisen ulkona liikkumisen edistämiseksi [verkkojulkaisu]. Voimaa vanhuuteen www-sivut [viitattu 8.1.2015]. Saatavissa: <http://www.voimaavanhuuteen.fi/binary/file/-/id/22/fid/53/>
- Innokylä 2012. *Learning cafe eli oppimiskahvila* [verkkojulkaisu]. Innokylä www-sivut [viitattu 11.1.2015]. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli109421>
- InterRAI 2014. *Home Care (HC)* [verkkodokumentti]. interRAI.org [viitattu 9.12.2014]. Saatavissa: <http://www.interrai.org/home-care.html>
- InterRAI 2015. *Scales: Status and Outcome Measures* [verkkodokumentti]. interRAI.org [viitattu 8.1.2015]. Saatavissa: <http://www.interrai.org/scales.html>
- Juva, K. 2014. *Alkava muistisairaus - milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin?* [verkkoartikkeli]. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim [viitattu 31.3.2015]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=CD3DBC7EE6F03D8F69972755A2C39C7C?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11656&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=JPPpRX9**SdU
- Jäntti, P. 2014 Geriatriinen arviointi [verkkodokumentti]. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen www-sivut [viitattu 26.2.2015]. Saatavissa: http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/16-1-2014-pirkko-jantti
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallitus 2014. *Kotihoidon maksut sekä tukipalveluiden myöntämiskriteerit ja maksu 1.1.2015 alkaen* [verkkodokumentti]. Kainuu.fi [viitattu 11.1.2015]. Saatavissa: http://www.kainuu.fi/sote_paatokset/kokous/20141108-20.HTM

Kivekäs, J. & Kallanranta, T. 2004. Toimintakyky ja kuntoutus. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S., Tola, S. (toim.). *Toimintakyky – arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 374–379.

Kuusisto, R. & Kauppinen, S. 2013. *Laitoshuolto: Laitoshoidon osuuden vähentäminen palvelurakenteessa* [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 27.10.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9487679&name=DLF-E-28108.pdf

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista L 2012/980. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 5.1.2015]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 1994/559. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 13.2.2015]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P17>

Lehto, M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulostuottajana. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.). *Toimintakyky arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–21.

Lyyra, T.-M. & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 58–73.

Lönneröos, E. 2008. Geriatrinen kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönneröos, E. (toim.). *Geriat-
ria arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita Prima, 278–287.

Mäkinen, O. 2005. *Tieteellisen kirjoittamisen ABC*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nykänen, A. 2009. Mummo leipoo [sarjakuva]. Saatavissa: <http://mummo.sarjakuvablogit.com/>

Nykänen, A. 2010. Mummo vihjailoo [sarjakuva]. Saatavissa: <http://mummo.sarjakuvablogit.com/>

Nykänen, A. 2011. Muaaliman notkein mummo [sarjakuva]. Saatavissa: <http://mummo.sarjakuvablogit.com/>

Nykänen, A. 2012. Muistakee ystäväi! [sarjakuva]. Saatavissa: <http://mummo.sarjakuvablogit.com/>

Saarelma, O. 2014. Virtsankarkailu, virtsainkontinenssi (miehet). *Lääkärikirja Duodecim* [verkkajulkaisu]. Duodecim 29.9.2014 [viitattu 26.2.2015]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet [verkkojulkaisu]. Sairaanhoitajaliitto www-sivut [viitattu 13.2.2015]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, H., Koponen, L. & Suomen sairaanhoitajaliitto ry (toim.). Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 123–138.

Sotkamo 2013. *Yleistietoa* [verkkojulkaisu]. Sotkamon kunnan www-sivut [viitattu 11.2.2015]. Saatavissa: <http://www.sotkamo.fi/index.asp?pid=69>

STM 2006. *Ikäihmisten toimintakyvyn arviointiosana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 26.2.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/documents/470564/817072/ik%C3%A4ihmisten%2Btoimintakyvyn%2Barviointi%2Bstm.pdf/c83229a7-1869-4378-bbf9-3814970a220b>

STM 2013. *STM valmistelee vanhusten laitoshuollon vähentämistä* [verkkouutinen]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 27.10.2014].

Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1869494>

STM & Suomen Kuntaliitto 2013. *”Vanhuspalvelulaki” Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista - Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 6.1.2015]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf

STM. 2014. Palvelutarpeen arviointi [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 11.1.2015]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet/palvelutarpeen_arviointi

Sulkanen, L. 2006. Case-menetelmä ja sen vaikutus opettamiseen ja oppimiseen. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.). *Geriatrisen arvioinnin kuntoutukseen*. Helsinki: Edita Prima, 81–116.

Syväoja, P. 2010a. Hermoston sairaudet. Teoksessa Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. (toim.). *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistää*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 77–122.

Syväoja, P. 2010b. Iäkkäiden hoitotyö. Teoksessa Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. (toim.). *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistää*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 810–822.

Tampere 2013. *Kotihoiton palvelujen myöntämiskriteerit ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen ydinprosessissa* [verkkojulkaisu]. Ikäihmisten palvelujen lautakunta [viitattu 8.1.2015]. Saatavissa: http://www.tampere.fi/material/attachments/k/unnamed_7034/Kotihoiton_kriteerit,_paivitetty_12.2.2014.pdf

THL 2013. interRAI members and activities [kuva]. Saatavissa: <http://www.slideshare.net/THLfi/harriet-finne-soveriraivertailukehittminen18032013>

THL 2014. *Mikä on RAI?* [verkkodokumentti]. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 7.10.2014]. Saatavissa: www.thl.fi/fi/web/ikaantuminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/raivertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/mika-on-rai

Tilvis R. 2009. Sairauksien ehkäisy vanhuksilla – erityispiirteet. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkojulkaisu]. Duodecim 19.1.2009 [viitattu 8.1.2015]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>

Toimintakyvyn arviointi. Käypä hoito-suositus. 2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim 2006 [viitattu 3.1.2015]. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Valta, A. 2008. *Iäkkäinen päivittäinen suoriutuminen kotona - Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta*. Tampere: Tampereen Yliopiston hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virnes, E. 2013. *Vanhuspalvelulaki* [verkkojulkaisu]. Kunnat.net [viitattu 11.1.2015]. Saatavissa: www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhuspalvelulaki/Sivut/default.aspx

Virtsankarkailu (naiset). Käypä hoito-suositus 2012. [verkkojulkaisu] Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynäkologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim [viitattu 7.1.2015]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2006. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu - opas laatuun*. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy. 117-120.

Vähäkangas, P., Lindman, K. & Uusitalo, K. 2005. Laitoshoidossa olevan asikkaan hoidon suunnittelu. Teoksessa Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.). *Ikääntyneiden lai-*

tonhoidon laatu ja tuottavuus - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 148-156.

LIITE 1: TOIMINTAKYKYMITTAREITA

Taulukko 3. Toimintakykyä kuvaavat mittarit ja arviointijärjestelmät

	ADCS-ADL	ADL-asteikot	Barthelin indeksi	CDR	CERAD	Cornell	FIM	GDS	IADL -asteikot	MMSE	NPI	RAI	RAVA
I: Toimintakyky & toimintarajoitteet													
Kehon toiminnot													
Aistitoiminnot							x					x	x
Ihon kunto												x	
Kaatumiset, tapaturma-alttius							x					x	x
Kipu												x	
Käyttösoireet						x	x				x	x	x
Mieliala						x		x				x	x
Mielenterveyden häiriöt								x				x	
Muisti ja muu kognitio	x			x	x		x			x		x	x
Ravitsemustila												x	
Sairaudet ja eri sairauksien vaatima hoito												x	
Suun terveysongelmat												x	
Päihteiden käyttö												x	
Suoritukset ja osallistuminen													
Apuvälineiden tarve							x					x	x
Kyky ilmaista itsensä	x						x			x		x	x
Kyky selviytyä päivittäisistä perustoimista: peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, vuoteesta nousu, sisällä & ulkona liikkuminen, wc-toiminnot	x	x	x	x			x					x	x
Kyky selviytyä arjen askareista: kaupassa käynti, lääkkeiden annostelu ja ottaminen, puhelimen käyttö, ruoan valmistus, kevyet/raskaat taloustyöt, raha-asioiden hoito	x			x					x			x	

jatkuu...	ADCS-ADL	ADL-asteikot	Barthelin indeksi	CDR	CERAD	Cornell	FIM	GDS	IADL-asteikot	MMSE	NPI	RAI	RAVA
Kyky huolehtia ulkonaäöstä	x						x					x	
Osallistuminen toimintaan kodin ulkopuolella	x			x				x				x	
Voimavarat (selviytymisstrategiat)	x			x								x	
Yksinäisyys (sosiaalisten kontaktien puute)												x	
II: Kontekstuaaliset tekijät													
Ympäristötekijät													
Asumismuoto												x	
Asunnon varustetaso												x	
Asuinympäristön esteettömyys												x	
Lähiympäristön esteettömyys												x	
Epävirallisen avun saatavuus												x	
Sosiaaliset verkostot							x					x	
Käytössä olevat taloudelliset voimavarat				x								x	
Turvallisuus / turvattomuus								x				x	

Taulukossa käytetyt lyhenteet:

- ADCS-ADL (Alzheimer's disease co-operative study - Activities of daily living inventory): päivittäisistä perus- ja välineellisistä toiminnoista selviytymistä sekä toiminnanohjausta mittaava asteikko
- ADL (Activities of daily living): päivittäisistä perustoimista selviytymistä mittaava asteikko
- Barthelin indeksi: päivittäisistä perustoimista selviytymistä mittaava mittari
- CDR (Clinical dementia rating): muistihäiriön ja dementian vaikeusasteen arviointiin soveltuva, toiminnan yleistä tasoa arvioiva mittari
- CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease): kognitiivista toimintakykyä laajasti mittaava tehtäväsarja
- Cornell: dementoituneiden henkilöiden masennusta mittaava asteikko
- FIM (Functional independence measure): kuntoutuksen arviointi- ja seurantarjestelmä
- GDS (Geriatric depression scale): ikääntyneiden henkilöiden masennusta mittaava asteikko
- IADL (Instrumental activities of daily living): päivittäisiä välineellisistä toiminnoista selviytymistä mittaava asteikko
- MMSE (MiniMental state examination): muistihäiriön ja dementian vaikeusasteen arvioinnin mittari, arvioi kognition eri osa-alueiden toimintoja
- NPI (Neuropsychiatry haastattelu): dementiaoireisten henkilöiden käyttösoireita mittaava mittari
- RAI (Resident assessment instrument): laaja asiakaspohjainen seuranta- ja arviointijärjestelmä (koti- ja laitoshoidon järjestelmät)
- RAVA: ikääntyneen ihmisen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelun tarvetta mittaava mittari

LIITE 2: TUTKIMUSLUVAT

1(2)

Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä

Tutkimuksen hallinnollinen lupa

1/1

Lähtöajaksi: 17.3.2015

Tutkija	
Nimi <u>Emma Karppinen</u>	Puhelin <u>0405244116</u>
Kotiosoite <u>Sudenpolku 7 a 12</u>	
Postinro ja -paikka <u>87300 KAJAANI</u>	
Mihin tutkimuksen hallinnollinen lupa lähetetään? <u>Lähetetään tutkijalle</u>	
Tutkimusta koskevat tiedot	
Tutkimuksen nimi <u>Hoitajien osaaminen Eri-ammattien tulosten hyödyntämisessä Sotkanon kotihoidossa</u>	
Tutkimuksen toimikamari / rehoittaja <u>Sotkanon kotihoito</u>	
Tutkimuksesta vastaava henkilö ja tutkimuspaikka (nimi, tutkinto, erikoistumisalat, yhteystiedot) <u>Annikki Jauhainen, Savonia amm. lisäopint / hoitaja ko. Annikki.Jauhainen@savonia.fi</u>	
Tutkimuksen hallinnollinen lupa	Suostun tässä ilmoitetun tutkimustyön suorittamiseen Kainuun sote -kuntayhtymässä johtamani tulosalueen / vastuualueen / tulosyksikön mahdollisuuksien puitteissa. Mikäli kysymyksessä on kuntayhtymän / tulosalueiden/vastuualueiden yhteistyöprojekti, tarvitaan kaikkien os. tahojen esimiesten allekirjoitus. Kainuun sote -kuntayhtymässä lausuntohakemuksen allekirjoittavat hallintoylläpitäjä ja tutkimukseen osallistuvien tulosalueiden / vastuualueiden esimiehet sekä tulosyksikön päällikkö.
Päätös: _____	Päätös: _____
Hallintoylläpitäjä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Nimen selvitys _____ arvo/ammatti _____	Tulosalueen / vastuualueen esimies Nimen selvitys _____ arvo/ammatti _____
Päätös: _____	Päätös: _____
Tulosalueen / vastuualueen esimies Nimen selvitys <u>MARJA H. HEIKKINEN</u> arvo/ammatti <u>KS tutkimusjohtaja</u>	Tulosyksikön päällikkö Nimen selvitys _____ arvo/ammatti _____
<input type="button" value="Tyhjennä lomake"/> <input type="button" value="Tulosta lomake"/>	

Osoite
Urho Kekkosenkatu 2 - 4
67100 KAJAANIPuhelin
08 616 81 / vaihe
Telefax
08 6155 4270Y-tunnus
2406066-0Pankki
Ban
FIN 8119 9710 0009 72
BIC DABAFHHSähköposti osoite
nim.sukunimi@kainuu.fiInternet
www.kainuu.fi

2(2)



Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä

Tutkimuksen hallinnollinen lupa

1/1

Laatimispv: 18.3.2015

Tutkija	
Nimi <u>Laura Lakkari</u>	Puhelin <u>040 8395907</u>
Kotiosoite <u>Kauppakatu 3 C 17</u>	
Postinro ja -paikka <u>87100 KAJAANI</u>	
Mihin tutkimuksen hallinnollinen lupa lähetetään? <u>Lähetetään</u>	
Tutkimusta koskevat tiedot	
Tutkimuksen nimi <u>Hoitajien osaaminen RAI-ammintutuksen hyödyntämisessä Sotkamon kotihoidossa</u>	
Tutkimuksen toimeksiantaja / rahoittaja <u>Sotkamon kotihoido</u>	
Tutkimuksesta vastaava henkilö ja tutkimuspaikka (nimi, tutkinto, erikoistumisalat, yhteystiedot) <u>Annikki Jauhainen, Savonia ammattikorkeakoulu / hoitotyön k, Annikki.Jauhainen@savonia.fi</u>	
Tutkimuksen hallinnollinen lupa	Suostun tässä ilmoitetun tutkimustyön suorittamiseen Kainuun sote -kuntayhtymässä johtamani tulosalueen / vastualueen / tulosyksikön mahdollisuuksien puitteissa. Mikäli kysymyksessä on kuntayhtymän / tulosalueiden/vastualueiden yhteistyöprojekti, tarvitaan kaikkien os. tahojen esimiesten allekirjoitus. Kainuun sote -kuntayhtymässä lausuntohakemuksen allekirjoittavat hoitotyöyksikön ja tutkimukseen osallistuvien tulosalueiden / vastualueiden esimiehet sekä tulosyksikön päättökä.
Päiväys: _____	Päiväys: _____
Hoitotyöyksikön / Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon -kuntayhtymä Nimen selvitys: _____	Tulosalueen / vastualueen esimies Nimen selvitys: _____ arvolammati _____
Päiväys: _____	Päiväys: _____
<u>Maria Huuhtala</u> Tulosalueen / vastualueen esimies Nimen selvitys: <u>MARIA HUUTALA</u> arvolammati <u>ja vastualuejohtajana</u>	Tulosyksikön päättökä Nimen selvitys: _____ arvolammati _____

Työnnä lomake Tulosta lomake

Osoite
Urho Kekkosenkatu 2 - 4
87100 KAJAANI

Puhelin
08 615 61 / vaihto
Telefax
08 6156 4270

Y-tunnus
2499990-0

Posti
Eten
FI-87100 KAJAANI
200 DABAF9-H

Sähköpostiosoite
nami.sukunimi@kainuu.fi

Internet
www.kainuu.fi

LIITE 3: SUUNNITELMA OPETUSTAPAHTUMASTA

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Emma Karppinen ja Laura Lukkari Savonia ammatti-
korkeakoulusta Iisalmen yksiköstä. Valmistumme koulusta tänä keväänä. Osa ehkä
muistaa meidät viime syksyltä, kun olimme harjoittelussa kotihoidossa. Teemme toi-
minnallisen opinnäytetyömme teille Sotkamon kotihoitoon, jonka tarkoitus on syven-
tää hoitajien RAI- osaamista. Pidämme eräänlaisen opetustilaisuuden, jossa lähesty-
tään aihetta toiminnan kautta ja avataan toivottavasti uusia näkökulmia hoitotyöhön.
Alla suunnittelemamme tilaisuuden ohjelma, toivomme että mahdollisimman moni
pääsee paikalle ☺

Hoitajien osaaminen RAI-arvioinnin tulosten hyödyntämisessä Sotkamon kotihoidossa

**ke 8.4.2015 klo 13 alkaen Sotkamon terveys-
keskussairaalassa Keskuskatu 9, 88600 Sotkamo**

AIKATAULU

- klo 13.00** Tilaisuuden avaaminen
Opinnäytetyön tekijöiden esittäytyminen ja aiheen
esittely.
- klo 13.15** Ryhmissä työskentely learning cafe-menetelmällä
Ryhmiä muodostaminen, papereiden jako ja me-
netelmän ohjeistus. Ryhmät kiertävät neljän eri ca-
se-tapauksen kohdalla.
- klo 14.15** Tuotosten purku yhdessä keskustelemalla
Yksi henkilö jokaisesta ryhmästä esittelee tuotoksen
ja tietoja tarvittaessa täydennetään.
- n. klo 14.45–15.00** Kahvit, suullinen palaute opin-
näytetyön tekijöille ja vapaata keskustelua aihees-
ta

Tervetuloa! • T: Emma ja Laura

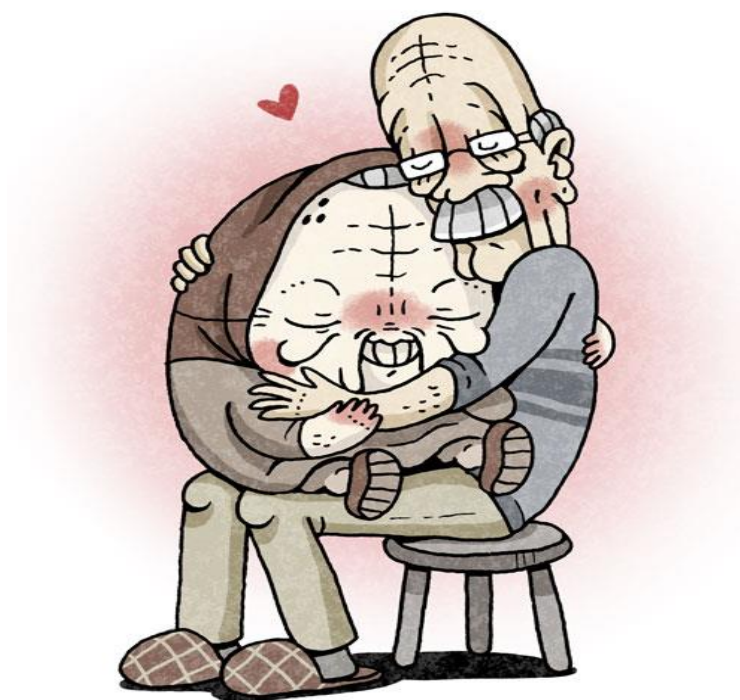


LIITE 4: ASIAKAS-CASET

1(4)

CASE 1

Kaisa Männikkö, 88-vuotias, asuu puolison kanssa. Puoliso toimii Kaisan omaishoitajana. Kaisalla on perussairauksina verenpainetauti ja Alzheimerin tauti, joita kotihoito hoitaa ja seuraa. Kaisa on kotihoiton pitkäaikainen asiakas. Kotihoito huolehtii Kaisan lääkehoidosta ja pesuavusta. Kaisa liikkuu kotona apuvälineen kanssa itsenäisesti, ulkoilee harvakseltaan. Muistisairauden takia muiden ymmärtäminen on hiukan heikentynyt, mutta ymmärtää pääpiirteittäin kehotukset ja muut ohjeet, joita hän tarvitsee suoriutuakseen päivittäisistä toiminnoista. Asioiden hoitamiseen liittyvät päivittäiset toiminnot, kuten raha-asiat ja aterioiden valmistaminen ovat siirtyneet muiden hoidettaviksi. Päätöksentekokyky on heikentynyt. Kotona Kaisa tykkää touhuta järjestelemällä tavaroita paikasta toiseen, mutta järjesteleee samalla lääkkeitään ja jakaa niitä itse, jolloin esimerkiksi muistilääkkeen ottamisesta ei ole tarkkaa tietoa.



KUVA 2. Muistakee ystävi!

Sarjakuva Anni Nykänen 2012.

CASE 2

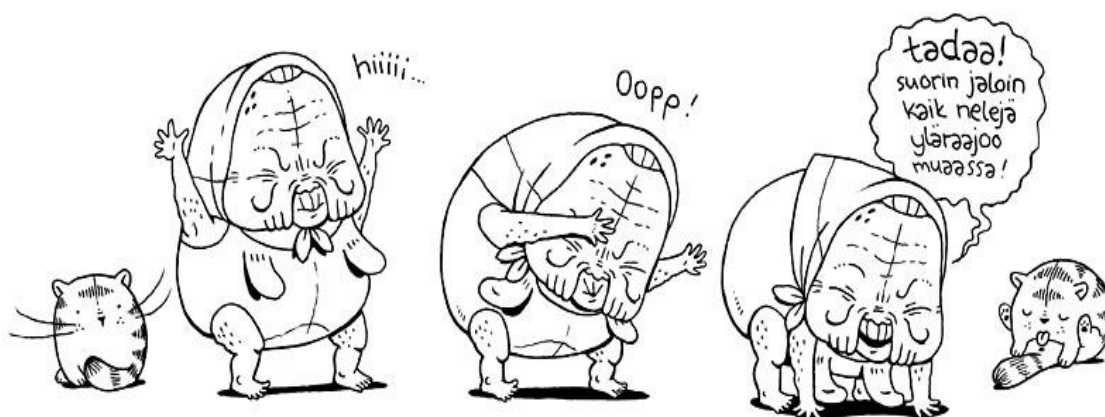
Kyösti Koistinen, 82-vuotias, asuu kirkonkylällä puolison kanssa kerrostalokolmiossa. Puoliso toimii Kyöstin omaishoitajana. Perussairauksia on sydämen vajaatoiminta, verenpainetauti, sydämen rytmihäiriöt, Parkinsonin tauti ja osteoporoosi. Kyösti on kotihoidon pitkäaikainen asiakas. Kotihoito käy 7 päivänä viikossa ja kotisairaanhoido kerran viikossa. Kyösti tarvitsee päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen runsaasti apua. Heikko toimintakyky ja perussairauksista johtuvat kivut vaikuttavat Kyöstin mielialaan, ja Kyösti ei tunne elämistä elämisen arvoiseksi. Kyösti on tähän asti ollut orientoitunut mies ja pystynyt ottamaan kantaa asioihin, mutta muistiongelmien ovat heikentäneet päätöksentekokykyä. Kyösti liikkuu sisällä rollaattorin avulla, mutta kävely on epävarmaa ja kaatuiluakin on ollut. Ulkoilua ei tapahdu, vaikka pyörätuolimahdollisuus on. Vaimo on huolissaan omien terveysongelmien takia Kyöstin hoidosta.



KUVA 3. Mummo leipoo. Sarjakuva Anni Nykänen 2009.

CASE 3

Hilla Salmijärvi, 80-vuotias, asuu taajaman ulkopuolella puolella omakotitalossa miehensä kanssa. Pojan perhe asuu samassa pihapiirissä. Perussairauksina Hillalla on aikuistyyppin diabetes, sepelvaltimotauti, munuaisten vajaatoiminta, lisäkilpirauhasten liikatoiminta, verenpainetauti ja osteoporoosi, selkä- ja iskiaskipu. Lisäksi Hillalla on ollut useita virtsatieinfektioita. Pesuapua Hilla saa kerran viikossa ja lääkkeiden jako tapahtuu myös kerran viikossa. Hilla on uusi asiakas kotihoidon piirissä. Liikkuu sisällä sauvojen avulla itsenäisesti ja ulkona liikkumista välttelee, koska pelkää kaatuvansa. Portaat ovat vaikeita. Kokee kohtalaista kipua useassa kohdassa kehoa lähes päivittäin. Kipujen takia ruuanlaitto ja asioilla käynti ei onnistu. Lääkkeet Hilla ottaa itse dosetista huolellisesti. Puoliso ja pojan perhe tekevät lähes kaiken Hillan puolesta.



KUVA 4. Maaaliman notkein mummo.

Sarjakuva Anni Nykänen 2011.

CASE 4

Ulla Toivomaa, 93-vuotias, leskirouva asuu yksin omakotitalossa. Ulla on kotihoidon asiakkaaksi tullut sairaalajakson jälkeen ja jäänyt sen jälkeen pitkäaikaiseksi asiakkaaksi. Perussairauksina sydämen vajaatoiminta, kaihi, krooninen flimmeri ja verenpainetauti. Lisäksi sairastanut aivohalvauksen sekä kaatumisen yhteydessä tullut lonkkamurtuma, joista kuntoutunut lähes täysin. Myös useita virtsatieinfektioita ollut. Ulla suoriutuu valtaosan päivästä itsenäisesti. Kotihoito käy kerran viikossa pesuapuna ja päivittäin tarkastamassa voinnin (onko päivä käynnistynyt; onko tullut asioita, joissa tarvitsee apua; lääkehoito). Ulla saa kerran viikossa kauppa-avun yksityiseltä, jolloin suunnittelee itse kauppalistan ja omaiset auttelevat myös. Kommunikointi on alkanut heikentyä hieman huonontuneen näkökyvyn ja huonontuneen puheentuottamisen takia. Ullalla on päivittäin pientä kipua ja liikkuminen sisällä on hidastunut sekä ulkona liikkumista ei tapahdu lainkaan. Ulla ja hoitajat ovat sitä mieltä, että kuntoutumisen mahdollisuuksia on.



Kuva 5. Mummo vihjailoo. Sarjakuva Anni

Nykänen 2010